

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

463

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Olivier LENOIR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien préparateur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Laborie 1896)

PERFORATIONS UTÉRINES

DANS LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES PAR LA VOIE VAGINALE

Président : M. GUYON, professeur.

Suffragants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. DEBOVE, professeur.} \\ \text{NÉLATON et THOINOT, agrégés.} \end{array} \right.$

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

Année 1898

THÈSE

N°

463

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Olivier LENOIR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien préparateur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Laborie 1896)

PERFORATIONS UTÉRINES

DANS LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES PAR LA VOIE VAGINALE

Président : M. GUYON, professeur.

Suffragants : { *MM. DEBOVE, professeur.*
NÉLATON et THOINOT, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	{ LANNELONGUE
Histologie	{ CORNIL.
Opérations et appareils.	{ MATHIAS DU VAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	{ TERRIER
Thérapeutique	{ POUCHET.
Hygiène	{ LANDOUZY
Médecine légale	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	{ LABOULBENE.
	{ CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAX.
Clinique ophtalmologique.	{ PANAS.
Clinique des voies urinaires.	{ GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

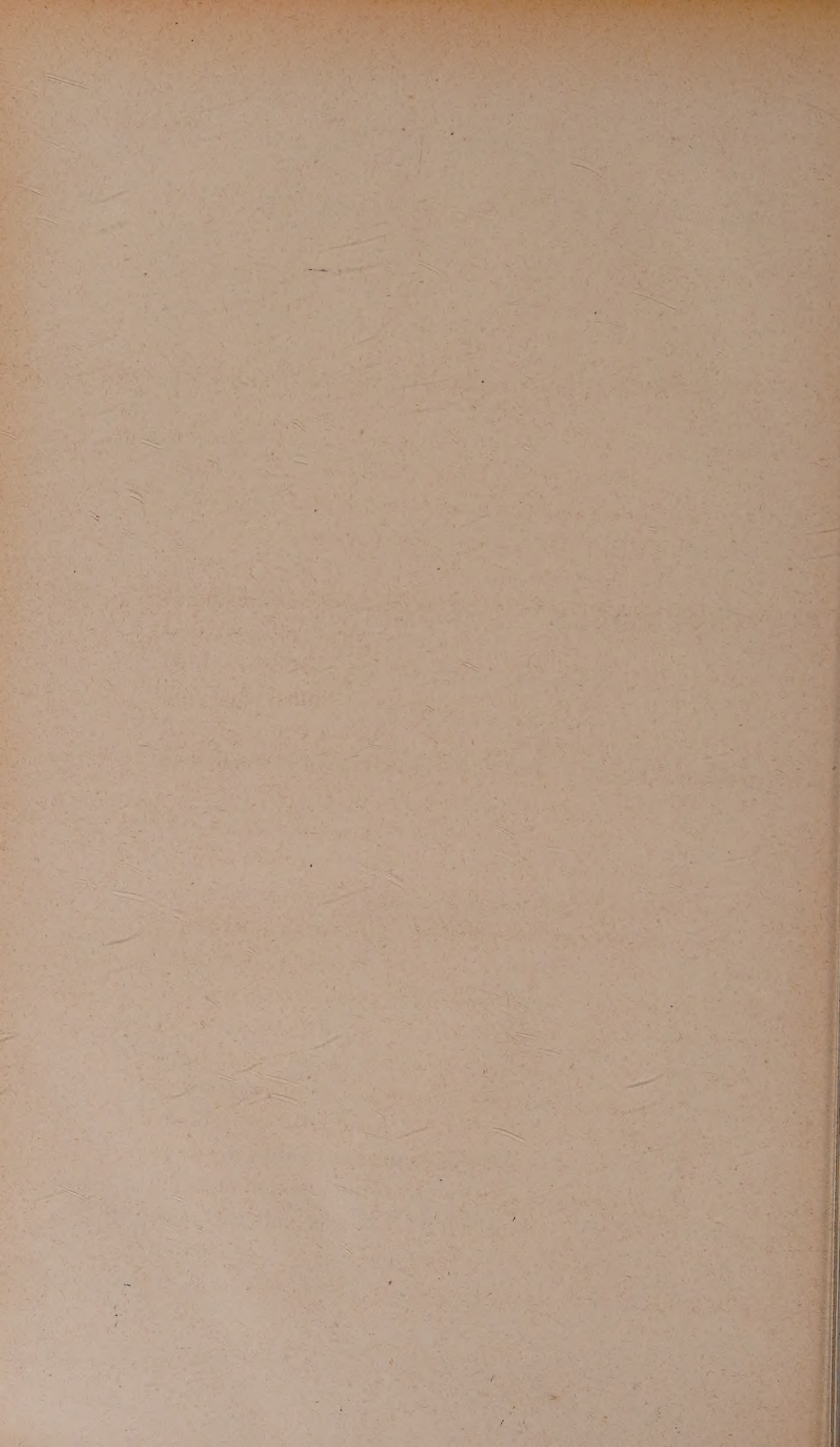
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR FÉLIX GUYON

Membre de l'Institut.

Professeur à la Faculté de Médecine.

Chirurgien de l'Hôpital Necker.



INTRODUCTION

Bien que, d'après son titre, ce très modeste travail vise les perforations de l'utérus faites au cours d'une opération, quelle qu'elle soit, exécutée par la voie vaginale, le lecteur pourra constater que nous avons eu surtout en vue les traumatismes causés par l'hystéromètre et la curette. Ces lésions, peu remarquées jusqu'ici, nous ont semblé intéressantes à étudier, tant par leur fréquence, inavouée le plus souvent il est vrai par suite d'un point d'honneur chirurgical mal placé, que par leur innocuité. D'autre part, tels ont cru perforer l'utérus dont l'instrument est resté dans la cavité de la matrice. De là un point de diagnostic assez curieux à approfondir, comme l'est aussi l'étude des états morbides prédisposant aux perforations. Enfin, étant donnée l'angoisse très naturelle qu'inspire au chirurgien la vue du manche d'un instrument qui semble vouloir disparaître dans le vagin, il nous a paru qu'il était bon d'indiquer la conduite à tenir en pareil cas, si tant est toutefois qu'un conseil de ce genre puisse être érigé en règle, l'opérateur digne de ce nom devant toujours savoir s'inspirer des circonstances particulières dans lesquelles il se trouve.

Mais l'histoire de l'hystérométrie et du curettage est liée intimement à celle de toutes les opérations pratiquées sur l'utérus par la voie vaginale : Dilatation, curage pour cancer, myomectomie et surtout

avortement criminel ; nous nous sommes par suite trouvés entraînés à dire quelques mots des perforations utérines dans les interventions autres que celles susnommées ; nous l'avons fait le plus brièvement possible. Un point spécial, capable à lui seul d'inspirer une thèse, n'a été qu'à peine effleuré par nous ; c'est l'histoire des perforations causées par l'intervention sur l'utérus en travail : dans ces cas, il s'agit plutôt en effet le plus souvent, comme on le verra, de ruptures traumatiques que de perforations vraies, aussi, n'avons-nous cru devoir traiter ce chapitre que juste assez pour n'être pas taxés d'omission.

Le lecteur s'étonnera peut-être de ne pas trouver, au bas de chaque page, les indications bibliographiques correspondant aux noms propres qui y sont cités ; il voudra bien remarquer, en se reportant à l'index, que ces indications y sont données de manière à faciliter toutes recherches.

Avant de commencer à traiter notre sujet, il nous serait agréable d'acquitter les dettes scientifiques de l'élève, si pareille chose pouvait se faire en dix lignes, en adressant l'expression de notre reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux de Paris et de la Faculté de Médecine. Tous ont contribué à modeler notre cerveau et à former notre main, quelques-uns ont fait plus et ont bien voulu traiter l'élève en ami dont l'on se souvient et en homme qu'on estime. J'espère qu'ils me sauront plus gré du souvenir ému que je leur envoie, à la fin de mes études, que de la classique énumération de leurs noms.

CHAPITRE PREMIER

A. — Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique.

Dans la seconde moitié de ce chapitre, nous passerons en revue les différents actes opératoires dans lesquels peuvent se produire les perforations de la matrice. Mais avant, nous analyserons les divers états morbides pouvant prédisposer à pareil accident.

Rappelons d'abord qu'à l'état normal, la paroi utérine présente des *points faibles* sur le fond, près des trompes, où elle est moins épaisse ; en fait, les perforations portent très souvent sur ces points. Mais quiconque a tenu un utérus sain entre les mains se doute bien que cette forte paroi musculeuse ne se laissera pas, pour une diminution d'épaisseur de quelques millimètres traverser sans violences notables, si le tissu n'en est déjà modifié.

Le moment des règles est particulièrement dangereux au point de vue spécial qui nous occupe ; l'utérus, gorgé de sang, est on ne peut plus friable et les auteurs sont unanimes à contre indiquer le cathétérisme pendant cette époque.

Les *versions et flexions utérines* sont une cause fréquente de perforation au cours de l'hystérométrie, l'opérateur, parfois mal renseigné sur la situation exacte du corps, enfonce sa tige dans la direction du col, bute au niveau de l'angle de flexion, crée une fausse

route et parfois perfore. C'est ainsi que l'on voit trouver la paroi antérieure dans certains cas de rétroflexion, la paroi postérieure dans les antéflexions. Ces angles de couture sont donc particulièrement dangereux, ils le sont même dans la simple dilatation par les laminaires ainsi que le lecteur pourra s'en convaincre en se reportant à notre observation XVII où une tige de laminaire perfora un utérus en antéverson, sur la paroi postérieure, précisément au niveau de la couture. Notre observation XVIII rappelle que dans les cas en apparence les plus simples d'excision de polypes fibreux, une déviation (antéverson dans le cas dont il s'agit) peut singulièrement faciliter la perforation.

Notons aussi que la *fixation de l'organe par un processus inflammatoire* peut constituer un danger au cours de l'hystérométrie, en ne permettant pas à l'utérus de s'accommoder à la direction imprimée à la sonde. Il est d'autre part à remarquer qu'un utérus dévié et surtout fixé, doit être tenu pour suspect, ses parois se trouvant dans des conditions de nutrition défectueuses.

Le cathérisme et le curettage s'adressant aux *métrites*, nous devons rappeler les modifications profondes que les différentes formes de ces maladies font subir à la résistance des parois de la matrice. Dans la métrite aiguë, que l'on observait souvent autrefois après les interventions sur l'utérus et dont nous ne connaissons plus guère que les variétés post-partum et post-abortum, il y a non seulement une inflammation intense de la muqueuse, mais souvent, au dessous d'elle, une zone d'infiltration embryonnaire; la musculature utérine est parfois gonflée, œdémateuse.

Il est fréquent de trouver, dans les cas d'endométrite puerpérale, l'utérus flasque, mal rétracté, inerte, infiltré, le tissu musculaire devenu friable par suite de la dégénérescence granuleuse de ses éléments et de l'infiltration séropurulente du tissu conjonctif interstitiel.

La métrite hémorrhagique est surtout une métrite interstitielle avec grosses altérations musculaires susceptibles d'affaiblir les parois utérines.

Dans certaines formes de métrites chroniques, le tissu utérin peut être très friable. Pour Scanzoni, pendant la période d'infiltration, et de ramollissement qui précéderait celle d'induration, le parenchyme est mou, engorgé de sérosité, friable, certaines fibres ont subi la dégénérescence grasseuse, le tissu cellulaire interstitiel est infiltré de cellules grasses libres. Nous avons pu prendre sur le vif, dans un cas de métrite-salpingite avec perforation de l'utérus (voyez notre observation XV) la diminution de volume et de nombre des fibres musculaires, élément qui donne la solidité aux parois utérines. Notre excellent collègue André Claisse, à qui nous devons cet examen histologique, trouva dans ce cas des altérations portant surtout sur le muscle utérin, nettes principalement au niveau du fond de l'utérus, moins facilement appréciables dans les autres régions. Ces altérations consistaient en une moins grande condensation des faisceaux musculaires lisses; ceux-ci sur des coupes, apparaissaient en îlots foncés au noyau fortement coloré, îlots séparés par des bandes de tissu fibreux beaucoup plus étendues qu'à l'état normal, en certains points il y avait même prédominance du tissu fibreux sur le tissu musculaire. Les fibres musculaires pa-

raissaient d'ailleurs normales. Les vaisseaux étaient très abondants et augmentés de volume. Nous signalons d'autre part cette tendance à la formation de tissu se rapprochant du tissu caverneux et friable comme lui.

Le défaut de résistance peut-il être limité à un point Scanzoni attire l'attention sur ce fait : « que par la présence d'un infarctus chronique, les parois de la matrice ne sont pas toujours si épaisses qu'il ne devienne possible de sentir le bec de la sonde à travers elles et les parois abdominales. » De ce fait à la perforation de l'utérus il n'y a qu'un pas, — Nous ferons remarquer ici que la friabilité causée par les métrites n'affecte pas seulement le corps utérin, mais aussi le col ; notre observation XIV montre avec quelle facilité cet organe peut être perforé par le talon d'une tige de laminaire. Personnellement il nous est arrivé, n'ayant pas sous la main de tige de la dimension voulue, d'introduire dans un utérus atteint d'endométrite chronique qui mesurait 8 centimètres environ une laminaire de 6 centimètres seulement. Le lendemain, le col s'était refermé sur la tige, avalée en quelque sorte, et le bout de la laminaire faisait saillie dans la lèvre postérieure du col sans toutefois l'avoir perforée. L'extraction fut assez laborieuse et ce n'est qu'en opérant avec le doigt des pressions de bas en haut et d'avant en arrière à travers la lèvre postérieure du col que nous pûmes remettre la laminaire dans l'axe utérin et la saisir convenablement avec une pince engagée dans le museau de tanche. Pareil accident est, nous le savons, assez fréquent et il est facile d'y remédier, sans déchirure, par la petite manœuvre que nous venons d'indiquer.

Nous n'insisterons pas sur la friabilité bien connue des parois utérines dans le *cancer*. Cette affection prédispose d'autant mieux aux perforations dans l'hystérométrie et le curage que des noyaux isolés plus ou moins ramollis, peuvent exister dans l'épaisseur des parois.

La *tuberculose utérine* ne saurait être passée sous silence. Le ramollissement et la supuration des tubercules développées dans le parenchyme utérin peuvent donner lieu à de véritables cavernes ; les perforations dans ce cas doivent être aisées ; n'a-t-on pas vu plusieurs fois des cas de rupture spontanée du fond de l'utérus dus à des tubercules ; cas ayant du reste entraîné la mort (Cooper, Guzzo).

Pour ce qui est des *fibromes*, Louis Meyer a indiqué la facilité de la perforation dans certains cas de petites tumeurs interstitielles où la paroi recouvrant le myome n'est guère plus épaisse qu'une feuille de papier.

Les *atrophies de la matrice*, bien que correspondant à des entités morbides dont on ne parle plus guère de nos jours, doivent nous arrêter un instant. Dans l'*atrophie concentrique*, Courty a signalé un amincissement des parois accompagné souvent, lorsque l'atrophie est généralisée, de ramollissement et de petits foyers apoplectiques. Dans l'*atrophie excentrique* qui survient après les affections utérines puerpérales, Scanzoni a noté, outre la diminution de volume des parois, la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire.

Certaines autopsies faites plus ou moins longtemps après les *opérations d'ovariolomie*, ont permis, dans

quelques cas, de constater une diminution de consistance du tissu utérin (Dupuy).

Rien n'est plus facile à perforer que l'utérus après un *avortement*, alors même qu'il n'est qu'à peine effleuré par la métrite, la paroi, en voie de régression se laisse traverser par les instruments avec une facilité extrême, ainsi qu'en témoignent les très nombreux exemples que nous rapportons dans ce travail.

L'état de *l'utérus à la fin de la grossesse* doit être mentionné en raison des perforations (nous savons qu'il s'agit le plus souvent alors de ruptures traumatiques, plutôt que de perforations) malheureusement assez fréquentes, causées par les interventions armées dirigées contre certains cas de dystocie. Aux points où la paroi de l'utérus est en rapport depuis un certain temps avec une partie volumineuse et dure du fœtus, siège, dos, tête, elle est très souvent amincie et réduite à une épaisseur de 2 à 3 millimètres. La multiparité qui, en amenant un amincissement prononcé, un ramollissement plus marqué de la paroi du corps utérin, prédispose à la rupture, prédispose aussi à la perforation.

Pendant l'accouchement, l'administration de l'ergot de seigle, en tétanisant le muscle utérin le met dans de mauvaises conditions de résistance et est une des causes prédisposantes les plus efficaces des ruptures et perforations utérines.

Dans les cas de *putréfaction fœtale*, cette décomposition amène une augmentation de volume plus ou moins considérable et facilite les ruptures du muscle utérin qui, sous l'influence paralysante des gaz fétides, est frappé d'inertie et perd de sa résistance (Ribemont-Dessaigne et Lepage).

Après l'accouchement, le tissu utérin est lâche, ramolli, infiltré, certains éléments subissent à ce moment la dégénérescence graisseuse, en outre, la richesse vasculaire de l'organe le transforme en un véritable tissu caverneux, c'est-à-dire friable. Nos observations II, III, IV, V, VII, X, XI, etc ont trait à des femmes accouchées depuis un mois, 34 jours, 45 jours, 62 jours, trois mois, etc. On voit par ces chiffres que, longtemps encore après l'accouchement, la curette ne doit être maniée qu'avec les plus extrêmes précautions.

B. Interventions dans lesquelles se produisent les perforations utérines.

CATHÉTÉRISME. — Aran le premier établit que, dans certains états morbides de l'utérus, l'hystéromètre peut perforer les parois utérines ramollies. Son intention avait été appelée sur ce point par des perforations produites par le râclage avec la curette de Recamier. D'autre part il lui arriva de perforer l'utérus en pratiquant le cathétérisme sur une femme récemment accouchée à laquelle il ne survint d'ailleurs ultérieurement aucune espèce d'accident. Huguier pense que la perforation par l'hystéromètre doit être peu fréquente : « Sur près d'un millier d'utérus qui me sont passés entre les mains, dit-il, j'en ai rencontré qu'un seul qui fut assez ramolli pour qu'il put être traversé sans effort par l'extrémité de la sonde. » Cependant, Schröder considère les perforations comme fréquentes dans le cathétérisme; Hildebrand, Rabe Ruckardt et Lehmus, Halliday Croom, Carl Liebmann, Martin, Noeg-

gerath, les constatent anatomiquement à l'autopsie. Nous les considérons comme fréquentes; si peu d'observations en sont publiées, c'est parce qu'elle sont en général peu graves et aussi..., parce que l'on n'aime pas à se vanter de ce genre d'accident. Comment ne le seraient-elles pas? L'utérus de la malade qui fait le sujet de notre observation XV était si friable, bien que d'apparence normale, que l'ayant entre les mains et introduisant un hystéromètre dans la cavité, il suffisait d'un effort tout à fait insignifiant pour produire une perforation qui ne s'accompagnait pas du tout d'une sensation de résistance vaincue. Dans notre observation n°1 où il s'agit d'un cancer de l'utérus, l'opérateur ne sentit aucune résistance. Dans nos observations II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X les perforations furent faites si facilement que les chirurgiens ne s'en aperçurent qu'à la disparition du manche de leur instrument dans le vagin, les traumatismes étaient si aisés que ces Messieurs, ainsi qu'on peut le voir, les répétaient à volonté, tant pour leur propre édification, que pour celle de leurs élèves!

On voit par tous ces exemples empruntés à la pratique de gynécologistes expérimentés que personne ne peut se dire à l'abri d'une perforation hystérométrique. Cependant dans bien des cas la maladresse et l'inexpérience doivent être mises en cause. Tel praticien, arrêté par un pli de l'arbre de vie, par un coude de l'utérus dont il ne connaît pas bien la direction, fera effort et percera la matrice; tel autre, en faisant basculer ou tourner trop violemment son hystéromètre dans la cavité utérine pour la réduction d'une déviation, déchirera le tissu utérin. Nous croyons qu'il était utile d'insister sur ce fait que la sonde utérine n'est

pas un instrument inoffensif. Rappelons encore, et les quatre faits de Rabe Ruckardt et Lehmus sont là pour nous en faire souvenir, que si la circonspection est de règle dans le cathétérisme d'un utérus atteint de métrite simple, la plus extrême prudence est de mise s'il s'agit d'une femme accouchée tout récemment ou même depuis quelques mois.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES. — DILATATION. — TRAITEMENT ÉLECTROLYTIQUE. — Gebhard a publié un cas où la perforation aurait été produite par une *douche intra-utérine*. Laisant de côté ce fait isolé dont l'exactitude ne nous paraît pas suffisamment démontrée, nous rappellerons que les *bougies de Hegar* doivent être manœuvrées avec la même prudence que l'hystéromètre, surtout lorsqu'il s'agit des plus fines (voyez notre observation XV). Pour ce qui est des *tiges de laminaire*, nous avons déjà mentionné avec quelle facilité elles peuvent perforer le col ramolli d'un utérus atteint de métrite. L'observation XIV en est un bel exemple. Mais, bien que le fait doive être assez rare, mal introduites et créant une fausse route, elles peuvent être aussi la cause d'une perforation du corps utérin avec ouverture de la cavité péritonéale comme on le voit dans notre observation XVII, où un utérus antéversé fut perforé, au niveau de l'angle de flexion, sur la paroi postérieure, par la tige dilatatrice.

Le *traitement électrolytique* a pu être incriminé dans certains cas, tout au moins comme cause prédisposante. Nous possédons une observation (XVI) de perforation sans violence faite par la curette sur un utérus qui, enlevé par l'hystérectomie, présentait au niveau de son fond, juste dans le prolongement de l'axe du col, un orifice correspondant dans l'intérieur de

l'organe, à une cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi, en sorte que la cavité péritonéale n'était séparée de la cavité utérine que par une couche extrêmement mince. Il résultait de l'examen de la pièce que la perforation était tout au moins fortement amorcée, avant le curettage, par suite probablement du traitement électrolytique antérieur.

CURETTAGE. — Certes, dans le curettage pour endométrite les perforations sont relativement fréquentes. Nous avons déjà dit que si l'on n'en entendait pas plus souvent parler c'est que cet accident est généralement sans gravité. Nos observations XI, XII, XIII en sont des exemples et si ces cas s'avouaient plus facilement, nous aurions pu en réunir un grand nombre. Cependant il ne faut pas oublier, et nous reviendrons sur ce point à propos du pronostic que, l'opérateur peut être conduit à enlever l'utérus par hystérectomie vaginale (Voyez l'observation XVI) ou par la parotomie et que les suites de cet accident peuvent être mortelles. Tuttle a montré à la Société gynécologique de New-York un utérus septique perforé par la curette, la malade avait succombé malgré la laparotomie qui montra le bassin plein de pus. Dans un cas de Hofmann la perforation survint pendant un curettage pratiqué pour enlever des restes de placenta ; l'épiploon fit hernie à travers la brèche et se montra jusqu'à l'orifice du col. La laparotomie faite 4 heures après et suivie de la suture de la perforation a sauvé la malade. Haynes sur un utérus atteint d'endométrite fongueuse fit une perforation avec la curette ; un lavage au sublimé ayant été fait ensuite, de violentes douleurs se déclarèrent immédiatement, suivies de phénomènes

de collapsus, puis survinrent des symptômes d'empoisonnement. La malade guérit.

Nous ne saurions trop répéter à propos du curetage ce que nous disions à propos du cathétérisme : défions-nous surtout des utérus de femmes récemment accouchées, défions-nous des utérus septiques, des cas où la malade a chaque jour des frissons. (Voyez nos observations II, III, IV, V, VI, VII).

CURAGE DE L'UTÉRUS DANS LE CANCER. — Dans cette opération, les perforations utérines sont malheureusement faciles et assez fréquentes. Dernièrement au cours d'un curage préliminaire à l'hystérectomie vaginale, nous avons vu la curette, maniée cependant avec la plus grande douceur et par un maître, disparaître jusqu'au manche dans le vagin. Récamier avoue avoir traversé trois fois l'utérus en abrasant des végétations cancéreuses avec la curette. Spiegelberg, ayant traversé un utérus cancéreux, vit sa malade tomber rapidement dans le collapsus et succomber le jour suivant avec tous les symptômes d'une péritonite par perforation. Loin de nous la pensée que cette excellente opération palliative, si efficace contre les hémorrhagies, doive être rejetée, mais, dans cette rapide énumération nous devons rappeler avec quelle prudence doit être maniée la curette dans les cas d'épithélioma utérin.

ENUCLÉATION DE TUMEURS FIBREUSES INTRA-UTÉRINES. EXTIRPATION DE POLYPES UTÉRINS. — La jeune chirurgie actuelle, entraînée par les brillants résultats que donne l'hystérectomie vaginale et les divers procédés d'hystérectomie abdominale totale, a un peu oublié que pendant longtemps les opérateurs, craignant d'ouvrir le péritoine, s'efforçaient d'enlever les fibromes utérins en laissant en place la matrice. Actuellement

un revirement s'est accompli, la chirurgie conservatrice revient à la mode, nous avons vu récemment notre maître M. Segond énucléer des fibromes (850 grammes dans un cas) en laissant la femme *complète* ; peut-être n'est-il pas par suite inopportun de rappeler que dans ces opérations, l'ouverture du péritoine par suite de perforation de l'utérus, est un accident fréquent.

Avant l'époque où Péan institua le morcellement qui devait conduire à l'hystérectomie vaginale totale, on enlevait les tumeurs fibreuses de diverses façons. Le procédé d'énucléation, dû à Amussat, donna certainement bon nombre de perforations. Puis vint la période des écraseurs, des serre-nœuds, instruments inintelligents et aveugles. M. Tillaux ouvrit dans un cas avec l'écraseur la cavité péritonéale, la malade succomba à une péritonite septique ; cet accident se répéta si souvent, que les chirurgiens, abandonnant les serre-nœuds, eurent recours le plus souvent à l'*excision*. Cette méthode plus sûre, moins aveugle que la précédente, n'est cependant pas toujours exempte de dangers ; Werth ayant de la sorte perforé un utérus fut contraint de faire l'hystérectomie vaginale ; Sænger dans un cas semblable fit, séance tenant, la laparotomie, après avoir enlevé les quelques cuillerées de sang épanchées dans le péritoine, il sutura la plaie et sa malade guérit. Tout récemment (Voyez observation XVIII) nous avons vu M. Segond, poursuivant l'excision complète d'un polype fibreux, traverser la paroi utérine et être contraint à l'hystérectomie vaginale totale. Si donc nous sommes tentés par les promesses toutes nouvelles de la chirurgie conservatrice, nous ne devons pas oublier que, dans l'excision d'un fibrôme ou d'un polype fibreux, si peu volumineux qu'il paraisse,

nous sommes exposés d'un instant à l'autre à l'ouverture du péritoine et qu'il est téméraire de se lancer dans ces interventions à moins de posséder parfaitement la technique de l'hystérectomie vaginale, beaucoup moins facile faite d'urgence qu'exécutée de propos délibéré et à tête reposée.

INVERSION UTÉRINE. — Autrefois, l'inversion utérine résultant de l'accouchement était seule connue. Baudelocque, le premier, signala l'inversion due aux fibromes utérins. Delteil a écrit, sous l'inspiration de Walther une bonne thèse établissant la notion de l'inversion due aux myomes utérins. Or rien, ainsi que l'a bien fait voir Arrou, n'expose plus aux perforations utérines dans les ablations de fibromes que cette inversion. On conçoit qu'il peut être difficile de savoir où il faut sectionner sur le pédicule d'un polype pour ne pas ouvrir un diverticule péritonéal retourné en doigt de gant par le poids du fibromyome. En outre, l'inversion peut ne pas préexister et être créée par les tractions de l'opérateur énucléant, excisant, tirant à lui la tumeur. Déjà Gosselin et Piedagnel rapportent un cas dans lequel ils produisirent une inversion utérine en faisant, avec un forceps d'accoucheur, l'extraction d'un polype pesant 2 livres et demie. La matrice se déchira et la malade succomba au bout de 5 jours à une péritonite. La pratique d'Emmet qui énucléait et excisait sans faire l'hystérectomie vaginale abonde en cas de ce genre. Nous avons vu notre maître M. Segond inverser un utérus dans l'énucléation de myomes ; dans ce cas la perforation eut été facile.

En dehors de la myomectomie, les inversions utérines suite d'accouchement, récentes ou existant depuis un certain temps, exposent évidemment dans leurs réductions aux perforations et aux

ruptures utérines, il s'agit alors, en effet, d'un organe compromis dans sa nutrition et par suite friable. Aujourd'hui, l'hystérectomie vaginale est de mode en pareil cas ; c'est peut-être supprimer souvent de parti pris un organe que l'on pourrait parfois conserver. En tous cas, s'il a recours à la chirurgie conservatrice, le gynécologue doit s'efforcer d'opérer avec la plus grande douceur, faisant la réduction manuelle, le col fixé, et abandonnant l'emploi d'instruments tel que le repoussoir en forme de baguette de tambour, dont se servait Depaul, et qui lui donna une déchirure de l'utérus chez une malade sur laquelle l'inversion utérine était survenue 11 jours après l'accouchement.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — Toutes les interventions manuelles dans les accouchements peuvent être suivies de déchirures ou de perforations. Nous insisterons peu, ayant déjà signalé que le plus souvent il y a plutôt *rupture* du muscle fatigué, inerte ou tétanisé que perforation véritable. On a cité des cas où le bec d'une sonde introduite pour injection intra-utérine ou les doigts pratiquant une délivrance artificielle avaient perforé la matrice. Pour ce qui est des opérations proprement dites nous empruntons ce qui suit à la très intéressante thèse de Jolly.

« Parmi les manœuvres obstétricales, écrit-il, celle qui est le plus souvent suivie de la perforation est la version podalique (71 fois), soit qu'on y ait recours pour une présentation du tronc (43 fois), soit qu'on l'eût pratiquée dans les présentations de la tête, seule ou concurremment avec le forceps ou le céphalotribe. Dans quelques-uns de ces derniers cas pourtant, il serait difficile de décider si c'est la version ou les au-

tres manœuvres que l'on doit accuser. Simpson, qui, on le sait, préconise dans les rétrécissements moyens du bassin l'emploi de la version podalique de préférence au forceps, s'efforce de démontrer qu'elle expose moins que l'instrument aux ruptures utérines, mais il faut reconnaître que ces raisonnements sont loin d'être concluants et que ce qu'il avance est plutôt hypothèse que fait bien démontré. Pour compléter notre statistique, relativement aux manœuvres obstétricales, nous trouvons 37 cas de ruptures causées par le forceps, 10 par le céphalotribe et 30 par des manœuvres obstétricales sans autre désignation ». Ajoutons que la perforation à la suite d'un broiement peut avoir été causée par les fragments osseux et non par l'instrument employé.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ. — AVORTEMENT CRIMINEL. — Nous n'avons pas trouvé d'observations de perforations de la matrice pendant l'accouchement prématuré provoqué, elle doivent, à la vérité, être fort rares étant donnés les instruments habituellement employés et la manière scientifique dont est conduite l'intervention. En revanche, la littérature médicale de tous les temps abonde en cas de perforations de l'utérus faites au moyen d'instruments introduits dans la cavité de la matrice dans un but criminel. Tardieu en publie 10 belles observations. Nous reviendrons, au chapitre du diagnostic, sur l'étude comparée de ces traumatismes, pour le moment, bornons-nous à signaler la variété extrême des objets introduits dans l'utérus ; outre les instruments de chirurgie, on a signalé : des tringles de rideaux, des aiguilles à tricoter de bois ou de fer, des plumes d'oie, épingles de châles, épingles à cheveux, baguettes, broches de fer, fuseaux, fers à

papillottes, etc. On pense bien que les opérateurs à l'imagination assez féconde pour employer de pareils engins, ne les ont pas toujours dirigés dans l'axe de la matrice avec toute la précision désirable ; aussi, dans l'histoire de l'avortement criminel, trouve-t-on un certain nombre de cas où le col fut lésé, perforé par l'instrument. Notre observation XX en est un exemple. Il est arrivé aussi que le corps introduit n'a pu être retiré, nous rapportons deux cas de cette nature, où l'instrument est sorti ou a été extrait à travers la paroi abdominale sans causer d'accidents sérieux. Petrequin et Foltz (voyez observation XXII) ont observé une malade chez laquelle une sonde introduite par le col utérin dans un but d'avortement s'était perdue vers le haut en traversant les parois de la matrice. Finalement, 4 mois après, l'instrument fut retiré par une incision des parois du ventre au-dessous de l'ombilic, la malade guérit parfaitement. Dans un cas de Froriep (voyez notre observation XIX) une aiguille introduite dans la matrice et non retirée sortit quelques semaines après, par un abcès dans la région de l'aîne, sans accidents graves.

CHAPITRE II

Symptômes. -- Marche. — Complications. — Pronostic.

Dans les énucléations de fibromes, les arrachements de polypes fibreux, la réduction d'une inversion utérine, la perforation est sous les yeux, évidente, il n'en est pas de même dans le cathétérisme et le curettage ; nous verrons au chapitre suivant que le diagnostic des perforations dans ces interventions, mérite d'être discuté. Qu'il s'agisse de l'hystéromètre ou de la curette, l'opérateur est généralement averti de l'accident qui vient de lui arriver par la *pénétration profonde de l'instrument*, le manche arrive à la vulve. Le plus souvent, et nos observations en font foi, aucun effort n'a été déployé et c'est avec la plus grande stupeur et un effroi bien excusable que le chirurgien s'aperçoit du traumatisme effectué. Dans la plupart des cas que nous rappelons, l'extrémité de la curette et de l'hystéromètre a pu être sentie *près de l'ombilic*, tantôt au niveau même de ce point, tantôt un peu dessus ou un peu au-dessous. Une pareille recherche n'est évidemment pas à conseiller ; au reste, l'instrument peut avoir perforé la paroi utérine sans qu'il soit possible de le sentir à travers la paroi abdominale : la pénétration dans l'épaisseur du ligament large n'est elle en effet pas possible ? — Dans certains cas, rien, pendant la durée de l'opération n'a permis de faire soupçonner

une perforation et c'est en s'apercevant que *le liquide injecté pour le lavage ne revient pas* (voyez notre observation XVI) que le chirurgien est conduit à soupçonner la lésion.

Parfois, comme dans le cas d'Hoffmann dont nous avons parlé plus haut, *l'issue de l'épiploon et même de l'intestin* à travers les lèvres du col vient affirmer l'existence de la perforation. Ces faits sont au reste rares, étant données les faibles dimensions des instruments employés.

L'hémorrhagie est en général insignifiante dans les cas d'endométrite vulgaire, nous la trouvons cependant signalée dans notre observation XVII ; en tous cas, dans l'hystérométrie et le curettage pratiqués par un chirurgien digne de ce nom, elle ne nous paraît jamais devoir être bien sérieuse.

Très généralement, la malade n'accuse aucune *douleur*, dans les cas spéciaux qui nous occupent pour l'instant, au moment de la perforation. Les malades des observations II, III, IV, V, VI, VII, qui n'étaient pas endormies, ne paraissent pas avoir marqué le moment précis de la perforation. Cependant, dans notre observation XVII, relative à une perforation par laminaire, la patiente manifesta une vive souffrance, il est vrai que dans ce cas une certaine violence avait dû être exercée par le médecin peu expérimenté.

Aucun signe de la perforation dans l'hystérométrie et le curettage n'est donc absolument constant, le praticien doit en être prévenu, car le diagnostic rétrospectif ne pourra être posé en pareille circonstance que par l'apparition de certaines complications.

Pendant le travail, les conditions sont complètement changées, il s'agit alors d'un organe très vas-

culaire, en contraction. Parfois la malade ressent une *douleur* très vive, aiguë, arrachant des cris, parfois une *sensation de craquement*, de déchirure, quelquefois une douleur localisée en un point fixe. *L'hémorrhagie*, plus ou moins abondante, peut être assez importante pour menacer à brève échéance l'existence de la malade. Elle dépend au reste de l'état d'inertie de l'utérus, et il est assez intéressant de constater que les perforations pendant le travail ont tendance à amener *la cessation brusque ou graduelle des contractions*. Si la déchirure est étendue, la prostration, l'abattement, l'altération du pouls, en un mot tous les *phénomènes de shock* peuvent dominer la scène. La main appliquée sur l'abdomen a parfois noté une *crépitation* due à l'entrée de l'air dans le tissu cellulaire pelvien. Enfin, Jolly a insisté sur la valeur séméiologique d'une collection sanguine qui peut se former dans la région hypogastrique et simuler, au point de s'y tromper, la vessie distendue par l'urine. C'est là quelque chose d'analogue à *l'hématocèle antéulérine extra péritonéale* de Hecker.

COMPLICATIONS. — Quelle que soit l'intervention au cours de laquelle s'est produite la perforation, il peut se faire qu'elle ait passé inaperçue et que le chirurgien n'en soit averti que par les terribles symptômes d'une *péritonite par perforation*. C'est la complication à craindre, surtout quand l'opération a porté sur un utérus particulièrement septique. Aussi, dans le doute, l'opérateur doit surveiller avec anxiété l'état du pouls, du ventre, de la langue de la malade, son facies, et se tenir prêt à intervenir énergiquement au moindre symptôme alarmant.

Des complications résultant de la *blessure des or-*

ganes voisins : vessie, rectum, vagin, ont été notées assez fréquemment. Dans une cause récente et célèbre, un praticien qui s'était servi comme instruments de ce qu'il avait sous la main fut accusé d'avoir ouvert la vessie, accusation un peu dure adressée à un homme parant au plus pressé, alors que nul ne songe à la faire à d'habiles chirurgiens qui, par malheur, ont ouvert une vessie au cours d'une hystérectomie pratiquée à tête reposée, dans leur salle d'opérations, avec tous les aides et les instruments nécessaires. — Le lecteur trouvera dans l'ouvrage de Ribemont-Dessaigne et Lepage un bel exemple de lésion de la vessie par le forceps.

Enfin nous avons reproduit (observation XXI) un curieux cas de lésion de l'artère iliaque interne au cours d'un avortement criminel, blessure ayant amenée une hémorrhagie mortelle.

PRONOSTIC. — Nous n'étudierons le pronostic des perforations utérines que dans les cas d'hystérométrie et de curettage. Dans les interventions obstétricales, il dépend en effet de l'état de l'utérus et de son contenu et de l'intervention consécutive ; dans les ablations d'une tumeur utérine, de l'habileté du chirurgien qui fait succéder l'exérèse de l'organe à la simple extirpation du fibrome.

Aran, n'ayant pas eu d'accidents à la suite d'une perforation faite sur un utérus de femme récemment accouchée, paraît se soucier assez peu de cet événement. Pour Courty, si les perforations utérines n'ont pas toujours été suivies d'accidents graves : « il faut songer qu'il existe des différences considérables, d'une femme à l'autre, eu égard à la susceptibilité de cet organe et au retentissement de ces traumatismes. » Et

aussi, ajouterons-nous, aux conditions d'asepsie dans lesquelles a été commise la déchirure. Demarquay, ayant eu quatre perforations par la sonde utérine, sans suites fâcheuses, considère cet accident comme insignifiant. En revanche, Gallard s'en montre terrifié. Simpson, d'après Lawson Tait connaissait de nombreux cas de perforations dans la cathétérisme et les regardait comme peu dangereuses. Schröder dit n'avoir jamais observé de suites funestes à la suite de perforations dues à l'exploration utérine. Martin aurait perforé plusieurs fois l'utérus sur des femmes récemment accouchées sans qu'il en soit résulté aucun dommage. Dupuy rapporte dans sa thèse, 17 cas de perforations par le cathéter, sans accident sérieux.

Pour notre part, nous relatons quatre observations inédites (XI, XII, XIII, XVII) dans lesquelles la perforation, en l'absence de tout traitement actif, n'a été la source d'aucune complication. Bien plus, le résultat thérapeutique cherché a été obtenu dans tous les cas.

D'une façon générale, nous devons noter l'*innocuité* de la perforation étroite, faite par l'hystéromètre ou par la curette, abandonnée à elle-même ; cependant, nous croyons que l'opérateur convaincu d'avoir traversé l'utérus, doit être sur le qui-vive et ne pas affecter la désinvolture de certains chirurgiens allemands. Louis Mayer cite un cas qui lui est commun avec Carl Mayer, il survint, malgré la perforation utérine, si peu de réaction inflammatoire, qu'aussitôt après le sondage, la malade put, sans inconvénient, faire un long chemin pour regagner son domicile ! Hoening, chez une femme dont nous rapportons le cas (observation X), enfonce la sonde utérine jusqu'à

ce que la poignée en soit arrêtée par les parties génitales et que l'on sente le bouton à 2 centimètres de l'ombilic. Le lendemain, il répète la même manœuvre et 3 jours après, il présente la malade aux élèves de sa clinique ; là, en plein amphithéâtre, le professeur fait constater aux assistant que la sonde perfore le fond de l'utérus sans la moindre difficulté dans les points qui n'ont pas été perforés antérieurement, tandis qu'il faut imprimer une certaine pression à l'instrument, vaincre un véritable obstacle dans la partie de la paroi perforée par les manœuvres antérieures et où existe sans doute un tissu cicatriciel en voie de formation ! Et ces expériences monstrueuses sont aussi faites par Hildebrandt, Rabe Ruckardt et Lehmus ! (voyez nos observations).

D'où provient cette innocuité ? Du peu de septicité de la matrice ? Mais dans plusieurs cas il s'agit d'utérus infectés de femmes ayant de la fièvre. Il est probable que la sonde s'essuie partiellement en passant à travers la paroi, que les lèvres de la plaie très petite s'accolent hermétiquement, enfin que, chez les patientes en question, le péritoine du bas-ventre, malade depuis un certain temps, appartenant du reste à une région moins sensible que la partie sus-ombilicale, était déjà jusqu'à un certain point accoutumé en quelque sorte à l'infection et par suite réagissait moins énergiquement. Le chirurgien fait dans la cavité péritonéale pelvienne bien des manœuvres qu'il n'oserait entreprendre aux environs de l'estomac et du foie.

CHAPITRE III

Diagnostic de la perforation. — Causes d'erreur.

Au point de vue du diagnostic, deux questions se posent d'emblée. Y a-t-il perforation de l'utérus ? Cette perforation a-t-elle été faite par l'opérateur et dans quelles conditions ?

A. EXISTE-T-IL UNE PERFORATION ? — La réponse semble devoir toujours être facile, elle l'est en effet toutes les fois que le chirurgien a sous les yeux la paroi utérine comme dans les cas d'énucléation de myomes et d'inversion utérine ; dans le cathétérisme, le curettage et même les opérations obstétricales, il en est tout autrement ; nous avons vu que pas un des signes de la perforation n'était absolument constant, d'où *possibilité pour l'opérateur de croire à une lésion qu'il n'a pas faite.*

Dernièrement nous avons vu un des chirurgiens les plus justement réputés des hôpitaux de Paris opérer, par hystérectomie vaginale, une malade présentant en avant et autour de l'utérus des masses inflammatoires diffuses ne permettant pas de délimiter nettement le col de la matrice ; un cathétérisme, pratiqué quatre jours auparavant, avait donné 7 centimètres de profondeur ; le jour de l'intervention l'hystérométrie pratiquée sous le chloroforme accusa 13 centimètres : tout le monde crut l'utérus perforé, il n'en était rien

cependant, la femme portait, outre ses lésions inflammatoires, qui justifiaient du reste amplement l'opération, un fœtus parfaitement reconnaissable ; le second sondage n'avait pas perforé, il avait été exact. — Dans le travail aussi les erreurs de diagnostic sont possibles, nous devons à notre excellent maître, M. Gérard-Marchant, notre observation XXIII, dans laquelle on voit deux praticiens, persuadés d'avoir déchiré la matrice avec le forceps, affirmant avoir vu l'intestin dans le vagin, alors qu'il s'agissait simplement d'une lèvre très hypertrophiée du col utérin. — Par quelles angoisses n'ont pas passé beaucoup de médecins peu expérimentés à la suite d'une injection intra-utérine, en voyant la sonde avalée pour ainsi dire par l'utérus. Voici les conseils que donne à ce sujet Varnier : « On introduit l'extrémité de deux doigts dans le museau de tanche mou et béant et sur ces deux doigts on fait pénétrer suivant l'axe vulvaire la sonde à injection ; à peine a-t-elle pénétré de 2 à 3 centimètres qu'on éprouve une légère résistance dont on triomphe aisément. On sent alors le bec pénétrer de 2 à 3 centimètres encore en abaissant le pavillon légèrement..... Si à ce moment vous prenez l'instrument et que vous en abaissiez davantage encore le manche entre les cuisses en déprimant la fourchette pour mettre le bec dans l'axe du détroit supérieur, vous éprouvez de nouveau une résistance plus marquée. Beaucoup s'arrêtent effrayés, mais continuez sans crainte, bientôt vous aurez la sensation réelle d'une résistance vaincue, en même temps que votre sonde disparaîtra presque complètement dans le vagin ».

Il faut savoir aussi que certains observateurs, ayant vu mourir à la suite d'opérations vaginales leurs ma-

lades de péritonite suraiguë, ont conclu à des perforations qu'ils n'avaient pas faites ; tel est le cas de Freund, cité par Hégar, qui, après une énucléation de myome eut un décès de péritonite qu'il attribua à une déchirure opératoire de l'utérus. A l'autopsie, la matrice était intacte, et l'on put constater, de la façon la plus nette, que l'affection était due à un reflux de pus par la trompe dans le péritoine.

Nous avons parlé plus haut de la remarquable innocuité des perforations dues à l'hystéromètre et à la curette. De tout temps les gynécologistes, frappés de ce fait ont soupçonné que parfois il n'y avait pas eu de lésion et qu'une disposition anatomique préexistante pouvait expliquer l'enfoncement de l'instrument dans l'abdomen.

Utérus bipartitus. — *Utérus unicorne.* — Nous rapportons dans ce travail (voyez notre observation XXIV) un très curieux cas d'utérus bipartitus dans lequel la curette s'enfonçait si profondément que l'on crut à deux reprises différentes à une perforation. — Dans les utérus unicornes, le canal de Müller correspondant au côté qui s'est développé se continue, dans sa partie qui forme la trompe, presque sans ligne de démarcation avec la portion utérine au niveau de la corne. Dans de pareilles conditions, une tige peut s'enfoncer fort loin en suivant ce conduit et faire croire à une perforation qui n'existe pas. Mais ces faits constituent uniquement une curiosité pathologique excessivement rare ; on a voulu considérer comme plus fréquents ceux dont nous allons nous occuper maintenant.

Cathétérisme des trompes. — En admettant que l'hystéromètre, introduit par l'orifice externe du col

ait pénétré à une profondeur de 15 à 19 centimètres et que l'on sente le bouton de l'instrument sous la paroi abdominale, peut-on affirmer qu'il existe une perforation de la paroi utérine ? N'est-il pas possible que l'instrument se soit engagé dans une trompe de Fallope distendue ?

Dans certaines observations, bien que l'on n'ait pas de preuves anatomiques, le cathétérisme est tout au moins possible à soupçonner, sinon vraisemblable. Brusquement, sans que l'on déploie la moindre force, la sonde pénètre sur un côté d'une façon extraordinaire et on peut sentir, à travers la paroi abdominale, l'extrémité de l'instrument qui est située sur le côté à une grande distance de l'ombilic. Dans ces cas, on a souvent trouvé des dispositions pouvant, à la rigueur, permettre d'expliquer, par la rétention du sang menstruel et des produits sécrétés, la dilatation de la cavité utérine et du canal des trompes. Telles sont : l'antéflexion avec sténose du canal cervical, l'hématomètre par suite d'adhérences entre l'orifice externe du col et la paroi du vagin, l'état des organes génitaux après une grossesse tubaire. Il est certain d'autre part que, dans un utérus chaviré par suite d'une latéroverson irréductible par adhérences et annexite, ou par suite de la pression exercée sur lui par une tumeur, l'orifice d'une des trompes se trouve directement en regard de celui du col, d'où possibilité pour le cathéter d'entrer assez facilement dans cet organe s'il est dilaté. Le cathétérisme de la trompe a, du reste, été discuté à la Société de Chirurgie en 1896.

Bischoff rapporte une observation qui rend le fait indiscutable. Il pratiqua plusieurs fois le cathétérisme dans un cas de tumeur ovarienne, et la sonde pénétra

jusqu'à une distance de 17 centimètres. La malade succomba après l'ovariotomie. L'autopsie montra que l'utérus n'était lésé en aucun point. La cavité avait une longueur de 9 centimètres ; la paroi était très épaisse et la trompe élargie. L'orifice utérin de la trompe avait la forme d'un entonnoir et comme l'utérus était en latéroverson du côté droit on pouvait y faire pénétrer la sonde.

Mathews Duncan admet que le cathéter peut suivre une trompe dont le calibre est dilaté. Barnes croit le fait possible. En revanche Hoening le nie, mais il n'en démontre nullement l'impossibilité, se bornant à prouver qu'il ne peut être question d'avoir pénétré dans les trompes, lesquelles s'écartent de la ligne médiane en suivant le ligament large, quand on peut sentir du doigt, à travers les parois abdominales, le bouton de la sonde dans la région de l'ombilic. Hildebrandt rapporte 2 cas dans lesquels il se considère comme certain d'avoir enfoncé la sonde dans les trompes,

Dans une observation de Lehmann, le méat utéro-tubaire droit était si ouvert que la sonde s'enfonçait de 8 centimètres ; Knowsley Thornton parvint à démontrer à l'autopsie, dans un cas, que la sonde qui avait pénétré profondément vers la droite chez une femme atteinte de tumeur ovarique, avait dû en réalité s'engager dans la trompe gauche. La tumeur qui siégeait à gauche avait fait subir à l'utérus un mouvement de bascule tel que le fond de la matrice et la trompe correspondante à la tumeur avaient été rejetés vers la droite.

Hildebrandt et Tyler Smith admettaient si bien le cathétérisme de la trompe, qu'ils l'ont recommandé pour certaines affections de ce conduit. Ils portaient, au

reste d'un point de vue faux, car il semble bien dans leurs observations qu'il s'agit tout simplement de perforations utérines.

Biedert, s'appuyant sur des expériences cadavériques et sur les observations faites sur le vivant, a donné, comme il suit, les caractères du cathétérisme des trompes. La sonde dévie sur les côtés ; on peut sentir à travers la paroi abdominale l'extrémité du cathéter qui est située, dans les parties latérales, à une grande distance de l'ombilic. Il est impossible, sans déployer de la force et sans provoquer des douleurs, de faire tourner la sonde suivant son axe, afin de pouvoir sentir son extrémité au niveau de la ligne médiane. Dans le cas seulement où on l'a introduite jusqu'à une distance de 15 à 16 centimètres, il est possible de la sentir près de la ligne médiane ; cependant elle se trouve située encore sur le côté. Aucun de ces signes ne peut entraîner la certitude, car il est possible de les observer si le cathéter, après avoir perforé la paroi utérine, avait glissé au milieu du tissu du ligament large.

S'il existe des faits incontestables et anatomiquement démontrés de cathétérisme des trompes de Fallope, il faut en revanche se rappeler qu'ils doivent être bien rares. A l'état normal, l'orifice utérin de la trompe a un diamètre si petit qu'il admet à peine une soie de sanglier : en admettant même que cet orifice soit pathologiquement dilaté et qu'il soit possible d'y introduire facilement l'hystéromètre, nous trouvons encore, comme le fait remarquer Dupuy, de sérieuses difficultés : la direction des trompes, la présence de ligaments larges maintenant la trompe dans sa direction transversale. Wegner et Dupuy, se plaçant dans les con-

ditions les plus favorables, n'ont pu cathétériser la trompe sur le cadavre.

Dépressibilité considérable de la paroi utérine. — Doleris ne croit guère au cathétérisme des trompes ; pour expliquer l'enfoncement excessif de l'hystéromètre et de la curette dans certains cas, il invoque la dépressibilité excessive de certaines parois utérines minces et atones : « le sang emplit l'utérus aux premières tentatives, l'écoulement augmentant, il se produit une distension des parois ; une fois amincie, la paroi, repoussée par l'extrémité de la curette, augmente la longueur de la cavité aux dépens de sa largeur, comme si, dans une vessie flasque à demi remplie, on faisait pénétrer un cathéter sans permettre l'issue de l'urine. Le plus singulier, c'est que la malade ne témoigne ni sensation spéciale ni douleur dans ce cas, ces utérus sont vraiment encaoutchouc. C'est même un singulier contraste que la tranquillité du visage de la patiente et l'anxiété peinte sur le visage de l'opérateur. J'en parle un peu par expérience. On aura facilement le mot de l'énigme en retirant la curette, et, si cela est nécessaire, en dilatant un peu le col avec le dilatateur de Sims. On verra alors sortir du sang en assez grande abondance, mais avec cette particularité qu'il est généralement à demi coagulé et comme en gelée. J'ai observé surtout ces phénomènes chez trois femmes, l'une affectée d'une vieille endométrite caractérisée par une végétation sarcomateuse diffuse de la totalité de la muqueuse, les deux autres d'endométrite déciduale post abortum datant de plusieurs mois. Ce sont bien là des conditions avantageuses pour favoriser l'extension excessive de la matrice ; le sang n'a aucune tendance à s'écouler par le col en raison de

l'atonie des parois et de la rapidité de la coagulation. »

Il est impossible de croire à une erreur de la part de Doléris, le cathétérisme des trompes a été dans quelques cas anatomiquement démontré, mais nous persistons à croire que, dans l'immense majorité des observations, les opérateurs dont l'instrument s'est enfoncé profondément ont bel et bien perforé l'utérus. S'ils n'ont pas eu d'accidents, c'est que, nous l'avons dit, cette lésion est le plus souvent bénigne. Mentionnons cependant la possibilité pour le chirurgien d'avoir affaire à un utérus post-partum ou post-abortum, dont la régression a été incomplète, ou à un utérus fibromateux dont il n'avait su ou pu déterminer le fond et dont la profondeur a été pour lui une surprise.

B. — LA PERFORATION EXISTE ; A-T-ELLE ÉTÉ FAITE PAR L'OPÉRATEUR ACTUEL ? — Il faut bien savoir que le cathéter ou la curette ont pu s'engager à travers une voie déjà préformée. Le cas est particulièrement possible dans le cancer où l'on peut parfaitement, sur un utérus déjà perforé communiquant avec une région plus ou moins isolée de la grande cavité péritonéale par des adhérences, s'engager dans une fausse route toute tracée.

D'autre part, les *fistules métro-péritonéales* ne sont pas absolument rares, nous en avons vu quelques cas à la suite d'opérations sur les annexes (en général dans des interventions qui avaient nécessité un drainage à la Mikulicz). C'est du reste à la suite d'opérations importantes sur les organes génitaux que ces curieuses lésions se constituent. Valenta a pu introduire la sonde à 25 centimètres de profondeur au dessus de la lèvre postérieure du col, chez une femme qui avait subi une laborieuse application de forceps et qui, ensuite, avait

été atteinte d'un polype ayant le volume du poing et siégeant sur la lèvre postérieure ; on pouvait facilement sentir, par le toucher rectal, le point au niveau duquel la sonde traversait le tissu utérin. Le polype fut enlevé et plus tard il ne fut plus possible de reconnaître la fistule. Valenta pense qu'à la suite de l'application de forceps, il s'était produit une gangrène de l'utérus et consécutivement une fistule. C'est là tout au moins l'explication la plus plausible de cette fistule métropéritonéale.

Au même congrès tenu à Gratz, Bandl a rapporté encore plusieurs exemples de communications entre les voies génitales et la cavité du péritoine. Dans ces cas, il y avait toujours eu des opérations importantes, telles qu'ablation d'une inversion utérine par exemple. Ici on comprend facilement l'existence d'une semblable fistule.

Dans les *interventions obstétricales*, il faut bien se souvenir que la matrice et les organes voisins peuvent être lésés, sans que pour cela on doive forcément incriminer l'accoucheur et ses instruments. Nous avons déjà cité les perforations produites par les *esquilles osseuses* résultant d'un broiement. D'autre part, Depaul et Kilian ont signalé des cas où le bassin anormal présente des *saillies*, des arêtes tranchantes, *des épines* pouvant perforer le tissu utérin au moment de l'accouchement qui, par suite de la dystocie, nécessite l'emploi des instruments. On sait que dans la récente affaire Laporte, cette hypothèse a été vigoureusement soutenue par des accoucheurs éminents.

Dans les *examens médico-légaux*, relatifs aux *avortements criminels*, se posent plusieurs points de diagnostic intéressants. Nous allons les étudier briève-

ment. Et d'abord, nous condamnerons la pratique de Simpson, qui a conseillé le cathétérisme utérin, au point de vue légal, sur la femme soupçonnée, pour constater un accouchement récent. Rien de plus propre à induire en erreur le médecin légiste au cas où la mort viendrait à se produire.

Au point de vue de l'*autopsie*, il faut, ainsi que le fait remarquer Tardieu : « en ce qui touche les perforations de la matrice produites par des manœuvres abortives, établir de la manière la plus précise : 1^o que la lésion a bien été faite pendant que la femme était encore vivante et non, comme le prétendait un accusé, par l'inadvertance des médecins chargés de l'autopsie cadavérique; 2^o que la perforation n'est pas le résultat d'un coup ou d'une chute accidentelle survenus, pendant la grossesse, plus ou moins longtemps avant la mort; 3^o qu'elle ne constitue pas une de ces ruptures spontanées qui, sous l'influence de causes diverses, peuvent se produire par le seul effet des contractions de l'utérus; 4^o que les accidents qui ont précédé la mort et la mort elle-même sont bien les conséquences de la blessure; 5^o et qu'enfin, en déterminant aussi exactement que possible l'époque où a eu lieu la perforation, on la voie correspondre à celle que l'information assigne aux manœuvres abortives ».

La question de savoir si la plaie a été faite pendant que la femme était encore vivante sera tranchée, assez difficilement parfois, par les caractères différentiels généraux que présentent les plaies faites sur le cadavre et celles faites sur la personne vivante. — L'absence de commémoratifs et surtout la forme et l'aspect de la plaie permettront de conclure à la lésion de l'utérus par un corps étranger introduit par le va-

gin. — Les ruptures spontanées peuvent être préparées, nous l'avons dit, par la tuberculose, l'atrophie utérine, etc. De plus, elles se produisent le plus souvent, presque toujours, pendant le travail ; on se défiera donc particulièrement d'une perforation portant sur un utérus aux premiers mois de la gestation, qui n'aurait pu être lésé par une violence extérieure que si celle-ci avait été terrible et par suite tenue de laisser sa marque sur les autres organes. L'argument tiré du siège de la perforation n'a pas grande valeur, nous rappellerons cependant que les ruptures spontanées du travail occupent le plus souvent l'un des côtés de l'utérus, l'un de ses bords, le gauche surtout et se prolongent depuis l'un des angles supérieurs jusqu'à l'insertion du vagin sur le col, on les a vues exceptionnellement s'étendre d'une trompe à l'autre (Tardieu). Au contraire, les lésions produites par les manœuvres criminelles, n'ont pas de siège spécial : nous avons vu (observation XX) qu'elles peuvent laisser leur trace sur le col, sur le vagin ; elles sont, en général, plus régulières, moins étendues, parfois multiples. Inutile d'ajouter que l'examen des membranes et du fœtus, susceptible de donner de précieux renseignements, devra être soigneusement fait. En tout cas, l'examen de ces nombreux points de détail nous montre que, dans les cas de perforation de la matrice d'origine criminelle, la tâche du médecin légiste n'est pas toujours aisée.

CHAPITRE IV

Prophylaxie. — Traitement.

PROPHYLAXIE. — Après ce que nous avons dit du ramollissement des parois utérines et de leur friabilité dans certains états morbides, il est presque superflu de répéter que, toujours, le *cathétérisme et le curettage* doivent être prudents, et nous ne pouvons nous empêcher de rester stupéfiés devant les conseils de Routh qui, pour reconnaître la métrite du fond de l'utérus, recommande de noter la douleur éprouvée dans ces cas par la malade, lorsque l'on cherche à soulever la matrice avec l'hystéromètre. Nous appellerons une fois de plus l'attention sur le peu de consistance des parois des utérus septiques appartenant à des malades ayant la fièvre (voir en particulier nos observations II, III, IV, V, VI, VII), et aussi sur la friabilité toute particulière de la matrice dans les semaines et même les mois qui suivent l'accouchement. Déjà Courty signalait, comme contre-indication formelle du cathétérisme utérin, le ramollissement bien constaté des tissus de la matrice et l'état de l'utérus après l'accouchement. L'observation est de tous les temps, elle doit toujours être présente à la mémoire du gynécologiste.

D'une façon générale, dans le cathétérisme, l'opérateur doit se servir d'une sonde assez volumineuse ;

on met journellement en vente, chez les plus réputés fabricants d'instruments de chirurgie, de véritables aiguilles, on ne peut plus dangereuses, même dans les mains les plus expérimentées. L'hystérométrie ne doit être pratiquée, règle générale, qu'après détermination aussi exacte que possible de la direction du corps utérin, de ses flexions et courbures s'il y en a, de telle sorte que le chirurgien puisse couder de façon appropriée sa tige malléable et lui imprimer la direction voulue sans craindre de faire de fausses routes. Le bout de l'instrument arrêté par un pli de l'arbre de vie dans les vieux catarrhes ou par l'angle d'une flexion ne sera pas poussé brutalement, mais dégagé doucement avec autant de précautions que s'il s'agissait d'une exploration urétrale. Au cas où l'hystéromètre serait arrêté par la contraction des faisceaux musculaires utérins situés autour de l'orifice interne du col, ne pas forcer, faire du cathétérisme appuyé, neuf fois sur dix le spasme se laissera vaincre. L'opérateur, s'il rencontre quelque obstacle, ne doit pas craindre de fixer le col avec une pince à préhension, surtout s'il n'est pas très expérimenté, cette manœuvre redressant l'utérus et rapprochant son axe de celui du vagin. Enfin, il ne faut pas oublier que le cathétérisme en tant que moyen de diagnostic, n'est somme toute que complémentaire, et qu'il faut en être très sobre. Considéré comme agent thérapeutique de la réduction des déviations utérines, l'hystéromètre doit être manœuvré avec prudence ; si l'opérateur veut ramener en avant par exemple, la concavité de sa sonde primitivement dirigée en arrière, il doit s'efforcer de faire décrire au manche un grand arc de cercle, à l'extrémité de la sonde un tout petit, de manière à éviter au-

tant que possible les délabrements que pourrait produire ce bec tournant dans une cavité à parois ramollies.

Même prudence dans le curettage, nous conseillons de garder le fond, région dangereuse, pour la fin ; une fois les parois nettoyées, la curette ira reconnaître cette région et la nettoiera à petits coups, en ramenant pour ainsi dire à chaque fois la concavité de la cuiller vers l'opérateur. Ces précautions devront être outrées s'il s'agit du fond d'un utérus cancéreux, le plus souvent, dans ces cas, on s'en tiendra sagement aux bourgeons avoisinant le col et à ceux le couvrant. En tout cas, la main appliquée au besoin sur l'abdomen pourra parfois donner de précieux renseignements sur l'état de la coque utérine.

Toutes les curettes ne sont pas bonnes ; nous considérons comme mauvais les modèles où la cuiller n'est pas dans l'axe du manche, mais forme un angle avec lui ; tout au plus pourrait-on les conseiller pour nettoyer l'orifice des trompes. Les curettes à bords tranchants comme des rasoirs sont dangereuses et le plus souvent inutiles. Les curettes droites, en gouttière, genre Pozzi, sont excellentes ; autant que possible le gynécologue doit éviter de se servir des plus petits modèles de ces instruments, dont l'extrémité, souvent maladroitement fabriquée, est parfois en réalité angulaire au lieu d'être convexe. Nous rapportons (observations XIII) un cas de perforation faite avec l'un de ces instruments très étroits.

Dans l'ablation des myomes utérins, toutes les fois que l'opérateur se trouve en présence d'une tumeur pédiculée ou même sessile, il doit se demander, avant d'opérer, s'il n'y a pas à un degré quelconque de l'in-

version utérine pouvant amener l'ouverture de la cavité péritonéale pendant l'exérèse. Parfois, si cette inversion existe, en examinant l'abdomen on peut trouver un cul-de-sac avec prolapsus des annexes et d'anses intestinales ; quelquefois ce cul-de-sac est un simple doigt de gant, difficile à sentir, le col n'est pas franchi. Ces dispositions sont fréquentes, l'analyse des observations démontre très souvent la présence de la cavité péritonéale, au centre du pédicule du fibrome, s'il a une certaine longueur. Cette disposition devient encore plus vraie si on tire sur ce pédicule, surtout si la tumeur n'a que peu ou pas d'atmosphère celluleuse, ce qui est encore assez fréquent ; dans bien des cas on a cru appliquer un serre-nœud à la limite du pédicule et le péritoine a été ouvert.

Pour ce qui est de *l'inversion totale d'un utérus fibromateux*, le chirurgien en sera à peu près sûr s'il a sous les yeux une tumeur bilobée, en bissac, surmontée d'un boudin vaginal éversé, à limites peu précises. Le premier lobe, fibromateux, est blanchâtre, bosselé, dur, insensible ; au contraire le second lobe, utérin, est rosé, tomenteux, souple, lisse, sauf s'il y a des fibromes complémentaires, le vagin se continue avec lui, le palper pratiqué sur cette région est douloureux, parfois au point d'amener une syncope.

Mentionnons, dans les cas d'inversion incomplète, le *toucher vésico-rectal* (Arrou) ; si les deux doigts viennent au contact il y a, on le comprend, grande probabilité d'inversion.

Dans le traitement des polypes fibreux avec inversion (et on n'est jamais sûr qu'il n'y en a pas plus ou moins), le meilleur moyen d'éviter la perforation est de rejeter tous les anciens procédés comme trop dan-

gereux. Voici à ce sujet la statistique rapportée par Arrou, portant il est vrai, sur des opérations faites à une époque où l'asepsie n'existait pas.

8 ligatures simples : 7 perforations, 2 morts.

11 ligatures avec excision : 8 perforations, 4 morts.

Soit : 15 ligatures et 6 décès.

Avec l'écraseur : 19 cas, 9 perforations, 2 morts.

Thermo-cautère : 1 cas, ouverture du péritoine.

Galvano-cautère : 1 cas, 1 succès.

Excision d'après les anciennes méthodes : 14 cas, 3 perforations, 1 mort.

Énucléation : 11 cas, 0 perforation, 0 mort.

Nous ajouterons que non seulement l'écraseur expose à la perforation, mais encore qu'il ne met même pas à l'abri de l'hémorrhagie. Bayard a vu, après son emploi, une hémorrhagie qui mit la vie de la malade en danger.

L'ancien procédé, l'énucléation d'Amussat, qui tend à revivre avec la chirurgie conservatrice comme nous l'avons dit, semble donc de beaucoup supérieur à tous les autres. C'est lui qu'il faut adopter, dans les cas où l'on désire conserver la matrice, en le combinant parfois à l'excision et au morcellement (car, nous le savons, tous les fibromes ne sont pas noyés dans une atmosphère celluleuse), réservant la torsion et l'arrachement pour les tout petits polypes, très nettement pédiculés. Le chirurgien s'efforcera, autant que possible, par le cathétérisme, d'avoir des renseignements précis sur le pédicule, s'il y en a un, reconnaîtra de son mieux le point d'implantation, morcellera la tumeur si elle est trop grosse, travaillera beaucoup avec les doigts, surveillera, avec la main posée sur la paroi abdominale, l'épaisseur de la coque utérine

et..... ne se lancera pas dans l'extirpation d'un gros fibrome avec conservation de la matrice s'il n'a l'hystérectomie vaginale bien en main, car cette opération, faite d'urgence pour une perforation, se présentera forcément dans des conditions moins favorables et offrira toujours plus de difficultés.

Quant à ce qui est des précautions à prendre dans les *opérations obstétricales*, nous insisterons sur ce point bien connu que l'ergot de seigle qui, tétanisant l'utérus diminue la résistance de ses parois, ne doit pas être employé tant qu'il reste quelque chose dans la matrice ; si donc ce médicament a été administré avant l'intervention armée de l'accoucheur, celui-ci doit redoubler de vigilance : il opère sur un utérus dans les plus mauvaises conditions de résistance. — De même, si les parois de l'utérus sont très fortement rétractées, comme dans certains cas de présentation de l'épaule avec partie fœtale trop fortement engagée, il est nécessaire de recourir d'emblée à l'embryotomie, plutôt que de tenter une version presque impossible ; il faut bien savoir que la matrice, dans ces conditions, fatiguée et peu résistante, peut être facilement lésée.

Pour ce qui est des précautions à prendre, dans l'emploi du basiotribe, pour éviter les perforations de l'organe maternel, elles sont du ressort des traités spéciaux qui enseignent à bien guider le perforateur avec la main, en formant un canal avec le pouce, l'index et le médus, en le dirigeant très exactement dans une direction perpendiculaire à celle de la base du crâne.

TRAITEMENT DES PERFORATIONS UTÉRINES. — Nous avons, à plusieurs reprises, signalé la très générale

innocuité des perforations utérines dans le cathétérisme et le curettage. Encore faut-il, au point de vue du traitement, distinguer les cas dans lesquels elles ont été faites. A notre avis si l'opérateur, n'ayant pas insisté, a lieu de croire que la lésion est petite, si l'opération a été faite, dans de bonnes conditions d'asepsie, sur un utérus dont la septicité n'est pas d'une virulence absolument démontrée, si l'écoulement de sang n'est pas assez abondant pour menacer à brève échéance la vie de la malade, l'*expectation* s'impose. L'utérus sera soigneusement bourré à la gaze iodoformée et le chirurgien se tiendra prêt à intervenir d'une façon radicale au cas où le moindre symptôme de péritonite se montrerait. En lisant nos observations inédites XI, XII et XIII, on pourra se rendre compte que, le plus souvent, l'opérateur n'aura pas à craindre de suites fâcheuses, à condition qu'il ordonne l'*immobilisation* la plus absolue de la patiente et que, pour assurer le *repos des intestins*, il administre un peu d'opium. — Sitôt la perforation soupçonnée, la prudence la plus élémentaire commande, à notre avis, de retirer l'instrument et de *cesser toute manœuvre* : le moindre mouvement exécuté dans la matrice pouvant faire passer des produits plus ou moins septiques dans le péritoine. Nous ne saurions approuver la conduite du distingué chirurgien de l'observation XVII, qui acheva son curettage, pensant qu'il valait mieux nettoyer l'utérus que de laisser la cavité péritonéale ouverte en contact avec un foyer septique.

Nous devons aussi, dans de semblables cas, rejeter les lavages de la cavité utérine comme celui que fit cet opérateur, dans une observation de Haynes, un lavage au sublimé fut fait sur un utérus perforé par

la curette, de violentes douleurs se déclarèrent immédiatement, suivies de phénomènes de collapsus, puis survinrent des symptômes d'empoisonnement. La malade guérit cependant. Le danger du lavage, ne réside pas tant pour nous dans sa rétention et l'empoisonnement qui peut en être la conséquence, que dans la diffusion de l'infection, à craindre toutes les fois que du liquide peut pénétrer dans le péritoine, dans quelque intervention que ce soit.

Mais l'opération peut avoir porté sur un utérus, atteint d'endométrite, dont la septicité peut être à juste titre considéré comme des plus redoutables ; le chirurgien peut être appelé pour une lésion faite par un opérateur dont il suspecte la propreté gynécologique ; l'hémorrhagie peut être inquiétante ; la plaie peut être très large et laisser passer les viscères abdominaux ; Que faire dans ce cas ?

Faut-il *laparotomiser* et essayer de *suturer la perforation* ? Hoffmann a ouvert le ventre quatre heures après l'accident, suturé la perforation et sauvé sa malade. Faut-il faire *l'hystérectomie abdominale* ? Elle aurait donné quelques beaux résultats. Faut-il au contraire pratiquer *l'hystérectomie vaginale* ? Nous rapportons une observation (XVI) avec guérison due à ce procédé. — Nous pensons, pour notre part, qu'il est dangereux d'ouvrir l'abdomen pour risquer une suture problématique et dont l'exécution ne peut, en tout cas, avoir lieu sans redoubler les chances d'infection de la séreuse péritonéale. L'hystérectomie vaginale est, en général, facile dans les cas pour lesquels le curettage a été pratiqué, puisque le gynécologiste n'avait pas jugé les lésions suffisamment importantes pour conseiller une opération plus radicale. Cette interven-

tion est rapide, assure un drainage parfait, c'est elle qui nous paraît devoir arrêter le chirurgien dans les cas auxquels nous venons de faire allusion comme dans ceux où, à la suite de l'expectation, il a la main forcée par des symptômes menaçants.

Dans les perforations consécutives à l'énucléation des fibromes et à l'extirpation vaginale des tumeurs utérines, l'expectation ne saurait être conseillée qu'à titre absolument exceptionnel, quand la lésion est absolument minime et que l'opérateur se croit autorisé à ne pas suspecter les conditions d'asepie. Autrement *l'hystérectomie vaginale*, pour laquelle l'opérateur doit être préparé, s'impose et donnera d'excellents résultats. Woerth en a publié un exemple. Nous devons à la vérité de reconnaître que, dans un cas semblable, Sœnger a suturé par laparotomie la plaie utérine et guéri sa malade. Cette conduite ne nous semble pas recommandable pour les raisons énoncées plus haut.

Notre faible compétence ne nous permet pas d'indiquer la conduite à tenir dans les perforations utérines résultant d'opérations obstétricales. La première indication est, en tout cas, d'extraire le fœtus au plus vite en faisant le broiement s'il est nécessaire. Ensuite, tout dépend des dimensions de la perforation et de l'état d'inertie de l'utérus. Nous ne voyons pas pourquoi, si l'utérus est bien vidé, l'hystérectomie vaginale ne serait pas exécutée. — Il est de toute évidence que si la perforation, véritable rupture, est très large, permettant l'issue partielle ou totale du fœtus dans le ventre, la laparotomie s'impose absolument.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cancer du corps de l'utérus. Cathétérisme interne ; perforation de l'utérus par la sonde ; aucun accident. — (Observation de DEMARQUAY).

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui avait des hémorrhagies passives de l'utérus sans douleur. Soupçonnant la présence d'une tumeur dans la cavité utérine, M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin. L'hystéromètre s'enfonça très profondément, traversa la paroi utérine sans que l'opérateur sentit la moindre résistance, et l'on put constater que son bouton arrivait au dessous de l'ombilic, et butait contre la paroi abdominale. M. Demarquay fut d'abord très effrayé, mais il ne survint heureusement aucun accident.

Quelques mois plus tard, cette femme succombait avec tous les signes d'un cancer du corps de l'utérus.

OBSERVATION II

Cathétérisme utérin pratiqué un mois après l'accouchement, rétroflexion de la matrice ; péritonite tuberculeuse. — Utérus perforé à deux reprises différentes par l'hystéromètre. Autopsie. (Observation de RABE RUCKHARDT et LEHMUS).

Caroline R..., 29 ans, entrée le 25 avril 1870 à la Charité de Berlin.

Antécédents. — Bonne santé habituelle ; a eu 3 accouchements à terme et 3 fausses couches. Le dernier accouchement,

parfaitement normal a eu lieu le 24 mars 1870 ; 8 jours après ses couches, la malade quitta le lit pour la première fois et ressentit immédiatement des douleurs dans la région ombilicale, de la constipation, de l'anorexie, etc...

État actuel. — Mauvaise nutrition, femme maigre, osseuse. Teinte ictérique de la peau. Accuse des douleurs dans le ventre ; vomissements verdâtres ; P : 96, anorexie, soif vive, langue grisâtre. Ventre douloureux, constipation.

Portion vaginale du col de l'utérus refoulée en avant ; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur arrondie ayant la forme et le volume du corps de l'utérus.

26 avril. La sonde pénètre facilement dans l'utérus, qui se laisse redresser sans peine ; la tumeur n'existe plus dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — En imprimant avec prudence un mouvement de levier à l'instrument, on sent que celui-ci triomphe d'un léger obstacle, et pénètre à une profondeur de 19 centimètres ; il est impossible, de sentir le bouton de l'hystéromètre sous la paroi addominale. — La sensibilité de l'abdomen ayant augmenté après cette exploration, on ordonna des applications froides sur le ventre, et de la morphine à l'intérieur.

27 avril. La douleur a diminué pendant la nuit ; T. 37°4. P. 96, soir 38°9. P. 120.

28 avril. La malade a une garde-robe. Après cette évacuation, les douleurs abdominales diminuent encore ; matin, T. 38°5 ; P. 108. Soir. T, 38°8, P. 108.

29 avril. Ventre modérément développé ; il n'est douloureux ni spontanément, ni à la pression. — L'utérus s'est replacé en rétroflexion.

2 mai. Tous les signes de péritonite ayant cessé, on introduisit de nouveau l'hystéromètre jusqu'à une profondeur de 16 centimètres et demi, sans qu'il survint de réaction inflammatoire.

13 mai. Mort de la malade par suite des progrès d'une infiltration caséuse du sommet droit, qui se compliqua de pleurésie du côté gauche.

Avant de commencer la nécropsie, on sonde l'utérus ; l'hystéromètre, après avoir vaincu un léger obstacle, pénètre dans

l'abdomen assez profondément pour qu'on puisse sentir le bouton de l'instrument au voisinage de l'ombilic.

A l'autopsie on découvrit de la tuberculose pulmonaire et une pleurite tuberculeuse du côté gauche, avec exsudats hémorrhagiques.

Sur le feuillet pariétal du péritoine, on trouve plusieurs couches de fausses membranes ; les intestins étaient adhérents entre eux, et à la paroi abdominale.

L'hystéromètre sort du petit bassin ; il perfore la matrice par une ouverture arrondie occupant le milieu de l'utérus. Une sonde plus fine introduite dans les parties génitales, vient perforer le fond de l'utérus à 1/2 centimètre environ de l'ouverture interne de la trompe gauche.

Le parenchyme utérin, entourant cette seconde ouverture présente une friabilité remarquable, une couleur gris-bleuâtre, et un développement vasculaire considérable. — Au voisinage de la première ouverture on ne constate aucune altération du parenchyme. — L'utérus est augmenté de volume ; sa substance est molle, traversée par des vaisseaux à minces parois. La muqueuse est lisse dans sa totalité, molle, blanc-jaunâtre : on trouve un débris de placenta sur la paroi postérieure, et empiétant un peu à droite.

Examen microscopique (fait par Wegner). — La masse de l'utérus est principalement constituée par des vaisseaux de plus ou moins grande dimension ; ceux-ci sont à certains endroits, tellement rapprochés les uns des autres, qu'il en résulte un véritable tissu caverneux. Ils présentent de nombreux coudes, et des ramifications contournées.

L'élément musculaire très peu développé par places, présente des modifications histologiques fort variables suivant les différents points où on l'examine, une portion notable de cet tissu est encore en pleine dégénérescence graisseuse. Ailleurs on trouve de petits vaisseaux dont la structure ne rappelle en rien celle de l'utérus gravide, et formés d'éléments nouveaux. On trouve en grande quantité, entre ces vaisseaux de nouvelle formation, des granulations de graisse, restes évidents d'éléments primitifs ayant subi la dégénérescence graisseuse. La

muqueuse utérine est aussi en voie de transformation graisseuse : peu ou point de néo-formation.

OBSERVATION III

Cathétérisme utérin pratiqué 62 jours après l'accouchement ; perforations de l'utérus par l'instrument non suivies d'accidents. — Observation de RABE RUCKARDT et LEHMUS.)

W..., 30 ans, 4 accouchements ; le dernier a eu lieu le 28 Janvier 1870, et la menstruation ne s'est pas encore rétablie.

22 mars 1870. Se plaint de douleurs dans la région inguinale droite, et d'une grande faiblesse. On constate : érosion des lèvres du col utérin, et corps de la matrice appuyant sur le cul-de-sac vaginal postérieur. L'hystéromètre pénètre à 7 centimètres de profondeur.

31 mars. La sonde utérine pénètre directement et sans rencontrer d'obstacle, jusqu'à une profondeur de 19 centimètres, sans occasionner de douleur ; on sent sous la paroi abdominale amincie, le bouton de l'instrument au dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane.

Aucune douleur : la malade qui était simplement venue à la consultation rentre chez elle, avec recommandation expresse de revenir si le moindre accident se manifestait.

2 avril. La malade revient : introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 14 centimètres sans occasionner de douleur ; le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale.

30 avril. La sonde utérine est introduite à une profondeur de 8 cent. $1/2$. L'état de la malade s'étant sensiblement amélioré, celle-ci ne reparut plus à la consultation.

OBSERVATION IV

Cathétérisme utérin pratiqué 34 jours après l'accouchement ; perforation de l'utérus à trois reprises différentes, sans aucune réaction inflammatoire. — Observation de RABE RUCKARDT et LEHMUS.

A. K. 29 ans, accouchée aux forceps, le 23 février 1870.

Entre le 25 mars à la Charité dans l'état suivant : ventre tendu, tympanisme ; entre le pubis et l'ombilic, sur la ligne médiane, matité et résistance plus grande à la pression ; col utérin ramolli ; écoulement abondant par l'orifice externe.

29 mars. Les douleurs ayant diminué, introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 17 centimètres $1/2$; l'instrument a eut vaincre un léger obstacle.

Il fut introduit le 4^{er} avril, à 10 centimètres, et le 20 avril à 9 centimètres de profondeur. — Aucune douleur, aucune réaction inflammatoire.

OBSERVATION V

Cathétérisme utérin pratiqué 45 jours après l'accouchement ; perforation de l'utérus à trois reprises différentes sans aucune réaction inflammatoire. Observation de RABE RUCKARDT et LEHMUS.

Baltra H., 29 ans, accouche le 25 mars 1870, d'un enfant vivant. Trois jours après, elle éprouve les symptômes suivants ; violent frisson suivi de chaleur ; violentes douleurs dans le bas-ventre ; diarrhée. Le 17 avril, ces symptômes d'endométrite puerpérale étant calmés, la malade fut considérée comme guérie.

Le 9 mai, elle rentra à la Charité : elle a éprouvé, depuis une quinzaine de jours, des douleurs dans la région iliaque droite, qui ont augmenté, mais non au point de nécessiter le séjour au lit ; au contraire, la marche amenait plutôt une ré-

mission. Depuis huit jours, la diarrhée a reparu et la miction est douloureuse. A deux travers de doigt de la symphyse et un peu à droite, on sent avec la main une tumeur, de forme arrondie et sensible à la pression.

L'orifice externe du col est dirigé à gauche, présentant une fossette triangulaire dirigée en travers et admettant la phalange. Dans le cul-de-sac vaginal, en arrière et à droite, on sent une tumeur dure, de surface irrégulière, raboteuse, remontant dans le petit bassin, mobile en tous points, excepté au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite; elle semble fortement adhérente à la paroi du bassin. — Comme à part cette tumeur, la palpation hypogastrique ne révèle rien sur la ligne médiane, il ne peut s'agir évidemment d'un utérus hypertrophié.

La sonde utérine est introduite; dirigée d'abord à droite, puis suivant la ligne médiane, elle pénètre sans occasionner de douleur notable, et, après avoir surmonté un léger obstacle, jusqu'à une profondeur de 18 centimètres. Le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale amincie à 1/2 centimètre, de l'ombilic. — Ce cathétérisme n'occasionne aucune douleur de la malade. —

Le 13 mai, l'hystéromètre pénétra à une profondeur de 40 centimètres, également sans douleur.

15 mai. Nouvelle introduction de l'hystéromètre; l'instrument est enfoncé à une profondeur de 43 centimètres, et son bouton est senti sous la paroi abdominale: aucune douleur, et aucune suite fâcheuse.

21 mai. Introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 6,5 centimètres.

22 mai. Sur sa demande, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

Pelvi-péritonite avec épanchement enkysté, cathétérisme utérin; perforation de la matrice par l'hystéromètre: aucun accident sérieux consécutif.

Madame Gauthier, âgée de 26 ans, entrée le 3 mars 1873, à

la maison municipale de santé (service de M. DEMARQUAY). Elle vient, dit-elle, pour se faire soigner d'une affection de la matrice.

Antécédents et mode de début. — Aucune maladie antérieure. Bien réglée depuis l'âge de 18 ans. Elle s'est mariée il y a 28 mois, et bien que son mari soit robuste et parfaitement constitué, elle n'a pas encore eu d'enfants. Trois mois avant son entrée à la maison de santé, cette malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre et les lombes ; ces douleurs devinrent très vives ; la fièvre s'alluma et la malade dut garder le lit pendant deux mois. Un médecin fut consulté et diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'utérus. Il administra d'abord l'iodure de potassium à l'intérieur ; puis pour combattre sans doute une complication de pelvi-péritonite, fit appliquer au niveau de la fosse iliaque gauche un large vésicatoire, puis, les accidents n'ayant point cédé, il eut recours aux sangsues, et aux cataplasmes laudanisés.

L'état de la malade ne fut nullement amélioré, et celle-ci se décida à venir à Paris, pour se faire opérer, s'il y avait lieu.

Etat actuel (6 mars). — Par le toucher vaginal, on constate les faits suivants : Le col de l'utérus est petit, aplati transversalement : l'orifice externe est également allongé dans le sens transversal, et représente une véritable boutonnière.

L'utérus ne semble point mobile. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, bombe une tumeur arrondie, élastique, paraissant fluctuante et assez volumineuse ; c'est par la compression de cette tumeur que l'utérus est repoussé en avant et aplati. Par la palpation abdominale, on trouve la tumeur dépassant les pubis, et empiétant à droite dans la fosse iliaque ; en repoussant avec le doigt le cul-de-sac vaginal postérieur, on essaye vainement de percevoir une fluctuation évidente. Ces différentes manœuvres ne sont point très douloureuses, et sont bien supportées par la malade. Néanmoins, elle présente chaque soir un léger mouvement fébrile.

Le diagnostic de cette tumeur est fort embarrassant ; s'agit-il d'une tumeur rétro-utérine, d'un kyste ovarique, ou d'une pelvi-péritonite avec épanchement parfaitement enkysté ?

Pour élucider cette difficile question M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin.

6 mars. — L'hystéromètre est introduit sans l'aide du spéculum. Il pénètre facilement dans le canal cervical ; l'orifice interne n'oppose aucune résistance, et l'instrument s'engage dans la cavité utérine. En l'enfonçant avec les plus grandes précautions, M. Demarquay est surpris de voir que l'instrument pénètre toujours plus avant : explorant alors la paroi abdominale il sent le bouton de l'hystéromètre directement sous les téguments qui sont soulevés par lui à l'endroit correspondant.

L'instrument ayant été retiré, on remarque qu'il ne présente à son extrémité aucune trace de sang ; dans les moments qui suivirent, il ne se fit par le vagin, aucun écoulement sanguinolent. Le cathétérisme s'était fait absolument sans douleur. Une heure après, la malade était tranquillement assise dans son lit, lisait, et nous dit n'éprouver aucune souffrance.

La température vaginale est de $38^{\circ},4$, le pouls est à 125. Le soir à 5 heures, nous retrouvons Madame G. dans le même état à peu près ; elle aurait eu dans la journée quelques douleurs abdominales s'irradiant au côté externe de la cuisse droite, mais celles-ci ont duré à peine, une heure. P. 100 ; T. V. $39^{\circ},4$.

7 mars. — P. 108 ; T. V. $38^{\circ},4$. — Soir. P. 112 ; T. V. $39^{\circ},6$. Même état qu'hier.

8 mars. — P. 96 ; T. V. $38^{\circ},4$. — Soir. P. 92 ; T. V. 40° .

9 mars. — P. 104 ; T. V. $39^{\circ},8$. — Soir. P. 134 ; T. V. $38^{\circ},8$.

10 mars. — P. 104 ; T. V. $38^{\circ},8$. L'état de la malade est toujours le même, malgré l'exacerbation fébrile du soir, elle ne se plaint pas ; elle mange assez bien, et dort paisiblement la nuit.

On pratique, au niveau de la fosse iliaque droite, une ponction aspiratrice avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. Il s'écoule environ 150 grammes de sérosité péritonéale verdâtre. Le diagnostic se trouve ainsi fixé ; il s'agit d'une pelvi-péritonite avec épanchement enkysté. — Soir. P. 124 ; T. $40^{\circ},5$.

Le lendemain, et les jours suivants l'état de la malade s'a-

méliora sensiblement, deux vésicatoires furent successivement appliqués, et l'épanchement diminua peu à peu.

Le 18 mars la température était redescendue à 37°6. Le 29 mars, la malade quitte la maison de santé en voie de guérison; le cul-de-sac vaginal postérieur ne présente plus qu'une tuméfaction peu considérable.

OBSERVATION VII

Cathétérisme utérin pratiqué 150 jours au moins après l'accouchement. Perforation de l'utérus placé en rétroflexion. — Aucun accident consécutif. (Observation de RABE RUCKARDT et LEHMUS).

O. B..., 28 ans, accouche en novembre 1869 de 2 jumeaux; couches difficiles, la malade reste pendant 3 mois dans une maison de santé où elle fut soignée très vraisemblablement pour un abcès du tissu cellulaire du bassin.

1^{er} juillet 1870. Elle se plaint d'une perte de sang, datant de 3 semaines.

On constate dans le cul-de-sac vaginal, à droite, les restes évidents d'un exsudat. La sonde utérine est introduite à une profondeur de 9 centimètres.

5 juillet. La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à 12 1/2 centimètres et aurait pu être introduite plus profondément si on l'eût désiré. Du reste, pendant l'introduction de la sonde on sentait l'utérus en rétroflexion, dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — Aucun accident ne survint et, au bout de 14 jours, la malade reprit ses occupations.

OBSERVATION VIII

Antéflexion d'un utérus flasque. La sonde utérine s'enfonce à une profondeur de 18 centimètres. (Observation de HILDEBRANDT).

Femme de 30 ans, mariée, pas d'enfants; réglée depuis 15 ans.

A travers la paroi abdominale, on ne sent pas le fond de la matrice.

Portion vaginale du col, mince, flasque ; dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on trouve le corps de l'utérus antéfléchi. Avec la sonde, introduite à une profondeur de 6 à 5 centimètres, on redresse assez facilement l'utérus.

Par la palpation bimanuelle, on trouve l'utérus de dimension normale, flasque et mou. — On traite la malade par des pessaires intra-utérins. Hildebrandt constate bientôt chez cette femme les faits suivants : Lorsque l'on dirige l'hystéromètre dans la direction de l'axe du bassin, l'instrument glisse très facilement et est arrêté à 6 ou 5 centimètres de profondeur. Mais, en dirigeant la sonde du côté gauche, celle-ci s'enfonce à une grande profondeur et on peut en sentir l'extrémité sous la paroi abdominale à la hauteur de l'ombilic et à 6 ou 7 centimètres à gauche de celui-ci. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois sans qu'il survint de réaction inflammatoire ; elle produisait cependant un sentiment momentané de douleur et de tension.

OBSERVATION IX

Abcès de l'ovaire droit. Dans le cathétérisme utérin, la sonde pénétra à 9, et puis à 20 centimètres de profondeur.
(Observation de HILDEBRANDT).

Femme de 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 26 ans ; accouchement à terme il y a 2 ans.

Présente tous les signes d'un abcès de l'ovaire droit, une ponction exploratrice confirme ce diagnostic. — La sonde, introduite dans l'orifice externe du col, glisse facilement jusqu'à une profondeur de 2 centimètres, rencontre dans le col plusieurs irrégularités qui furent regardées comme des plis de la muqueuse proéminant fortement ; puis après avoir franchi un obstacle, ou sans doute un rétrécissement de l'orifice interne, elle glisse sans difficulté et sans douleur jusqu'à 20 centimètres de profondeur. — On imprima à la sonde des mouvements de rotation suivant son grand axe : A droite, l'extrémité

de celle-ci poussait une masse solide, tandis qu'à gauche, elle ne rencontrait rien. Impossible de sentir les boutons de l'instrument sous la paroi abdominale. Les mêmes manœuvres furent répétées plusieurs fois.

OBSERVATION X

Catarrhé utérin avec érosions de la portion vaginale du col ; perforations de l'utérus par la sonde, faites à plusieurs reprises. — Aucune réaction inflammatoire.
Observation de HOENING.

Femme de 28 ans : 3 accouchements et 2 fausses couches ; la dernière il y a 3 mois et demi, a été suivie de métrorrhagie abondante. Le sommet du poumon gauche présente des signes de tuberculose.

Utérus mou, flasque, sans contours bien nets. On l'a trouvé d'abord en antéflexion, mais il se laisse déplacer facilement et mettre en rétroflexion, il est de volume normal.

La sonde introduite dans la matrice, glisse sans s'arrêter dans la direction de l'axe de l'utérus, pénètre toujours plus avant sans rencontrer d'obstacle jusqu'à une profondeur de 11 centimètres et demi en occasionnant des douleurs abdominales vives ; on sent la pointe de la sonde à 2 centimètres et demi de l'ombilic. Au spéculum, on trouve du catarrhe du col avec érosions. Quatre jours après ce premier examen, on perfore une seconde fois l'utérus avec la même facilité et l'on sent l'extrémité de l'hystéromètre au voisinage de l'ombilic. La malade est ensuite présentée par Hœning aux élèves de sa clinique, l'introduction de la sonde jusqu'à la poignée se fit sans la moindre difficulté ; on ne rencontra d'obstacle qu'au milieu du fond de la matrice dans les points qui avaient été antérieurement perforés. Cette fois aussi, on sentait la pointe de l'instrument près de l'ombilic ; cette manœuvre occasionna à la malade de vives douleurs. Cette femme resta encore quatre jours à l'hôpital, et en sortit ensuite sans présenter la moindre réaction inflammatoire.

OBSERVATION XI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. C. interne des hôpitaux de Paris).

Perforation de l'utérus au cours d'un curettage post-abortum. — Guérison.

Jeune femme de 25 ans, employée dans un grand magasin. Menstruation normale avant l'accident.

A fait il y a 26 jours, une fausse couche de 3 mois environ, s'était à ce moment livrée à une sage-femme dont l'intervention paraît suspecte. Depuis sa fausse couche elle souffre du bas-ventre, surtout sur la ligne médiane, perd un peu en blanc et ne peut plus faire son métier qui est très fatigant, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

Examen : Col ferme, un peu entr'ouvert, utérus un peu gros, rien aux annexes, cependant un peu de douleur dans les deux culs-de-sac latéraux.

Huit jours après l'entrée : curettage. Tout à fait à la fin, après avoir raclé partout et très doucement, l'opérateur voulant donner un dernier coup sentit sa curette s'enfoncer jusqu'au manche. Il la retira, bourra l'utérus avec de la gaze iodiformée et attendit, se réservant d'intervenir si besoin en était.

La malade n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre, n'a pas été constipée, s'est levée au bout de quinze jours. Le résultat thérapeutique a été parfait.

OBSERVATION XII (Inédite)

Métrite hémorrhagique. Curettage. Perforation du fond de l'utérus. Guérison

M. H... 23 ans entre à l'hôpital Tenon le 9 novembre 1896. Réglée à 14 ans, mariée à 21 an; un ans plus tard, il y a 6

mois accouche normalement d'un enfant à terme. Depuis cet accouchement, léger degré de prolapsus vaginal occasionnant quelques douleurs abdominales; de plus, pertes de sang peu abondantes, mais se reproduisant assez fréquemment. Ces pertes deviennent plus abondantes depuis 3 semaines et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen : Au toucher col mou, entr'ouvert déchiré transversalement, utérus un peu gros, mobile, en antéversion. Cystocèle assez prononcée. Rien aux annexes.

Opération : le 27. Cathétérisme sans incidents $L = 8$ cm. Curettage soigné de la cavité utérine, saignement assez abondant; en terminant le curettage, l'opérateur, voulant donner sur le fond de l'utérus un dernier coup de curette, presse un peu sur la paroi utérine avec l'extrémité de l'instrument : cette paroi cède, on a nettement la sensation que l'utérus s'est laissé perforer et la curette s'enfonce brusquement de 2 cm. environ.

Toute manœuvre est aussitôt cessée et la cavité utérine est bourrée avec une mèche de gaz iodoformée.

Repos absolu. 5 centigr. d'opium. Le soir, aucun ballonnement du ventre. $T = 37^{\circ}2$. Le 1^{er} décembre les mèches sont enlevées.

Guérison parfaite, résultat thérapeutique excellent.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des hôpitaux de Paris).

Perforation de l'utérus au cours d'un curettage pour endométrite. Guérison

X... 34 ans. Curettage pour endométrite chronique, avec une curette de Pozzi de très petite dimension. L'opérateur eut la sensation très nette de perforer le fond l'utérus. Le cathétérisme pratiqué auparavant n'avait pas indiqué de profondeur anormale de l'utérus.

L'opération fut continuée, le chirurgien prenant soin de ne

pas aller dans la zone traumatisée ; drainage utérin à la gaze iodoformée, on se tint prêt à intervenir, mais il n'y eut aucune suite fâcheuse et le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur-GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des hôpitaux de Paris).

Perforation de la portion vaginale du col utérin par une tige de laminaire.

Femme 34 ans, dilatée pour endométrite. A la 2^e application de laminaire, ce cylindre bascula, perfora par son talon la lèvre antérieure de l'utérus si bien qu'il dut être extrait par le vagin. Simple pansement de cette plaie qui se réunit parfaitement.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur SEGOND, chirurgien des hôpitaux de Paris)

Curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale pour métro-salpingite. Perforation de l'utérus. Friabilité partielle du tissu utérin.

F... Marie, entre le 14 mars 1898 à l'hospice de la Salpêtrière.

Réglée à 13 ans, jamais très régulièrement, pertes blanches assez abondantes. Est accouchée à 7 mois 1/2, il y a 8 mois environ. Retour de couches 5 mois après. — Depuis l'accouchement pertes blanches très abondantes ; depuis 7 semaines souffre beaucoup dans les reins, le ventre et le haut des cuisses au moment et à l'occasion de ses règles. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements. Constipation et phénomènes dyspeptiques.

Examen : Palpation du bas-ventre douloureuse au milieu et des deux côtés. Au toucher : utérus moyen en antéversion, mobile. col un peu mou, très légèrement ouvert. Dans le cul-de-sac droit, on sent la trompe grosse, dure, bosselée et l'ovaire qui n'est pas augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche salpingite plus volumineuse, bosselures très dures. Cul-de-sac postérieur libre. L'hystérectomie vaginale est décidée.

Opération le 4 juin. Durée 12 minutes, 4 pinces à demeure. Pendant le curettage préliminaire le cathéter donne une profondeur de 7 cent. 3, il y a une légère coudure utérine à concavité regardant à droite. Soudain, l'opérateur passant les premières bougies de Hegar pour dilater la cavité, l'une d'elles s'enfonce sans qu'il y ait eu aucun effort. Le chirurgien pense avoir fait une perforation et continue son opération,

La pièce entre les mains, il est facile de constater que le fond de l'utérus a été perforé par la sonde. Ovaires scléro-kystiques, salpingites et périannexite. L'utérus, d'aspect à peu près normal a des parois épaisses, très friables, se laissant entamer par l'ongle avec facilité. L'hystéromètre introduit dans la cavité les perce sans aucune espèce d'effort.

Nous devons l'examen de cette pièce à notre ami André Claisse, interne des hôpitaux.

Pièce fixée au formol, inclusion à la paraffine, coloration hématine, éosine. Les coupes ont porté au niveau du col, au niveau de l'isthme, sur le fond de l'utérus.

Les altérations portent surtout sur le muscle utérin, elles sont nettes, principalement au niveau du fond de l'utérus, moins facilement appréciables dans les autres régions. Elles consistent en une moins grande condensation des faisceaux musculaires lisses ; ceux-ci, sur des coupes, apparaissent en ilots foncés, aux noyaux fortement colorés, ilots séparés par des bandes de tissu fibreux beaucoup plus étendues qu'à l'état normal ; en certains points il y a même prédominance du tissu fibreux sur le tissu musculaire. Les fibres musculaires paraissent d'ailleurs normales ; il n'existe pas de processus inflammatoire. Augmentation notable de nombre et de volume des vaisseaux. Lésions de la muqueuse du col et du corps presque nulles.

OBSERVATION XVI

Perforation de l'utérus au cours d'un curettage. — Opération de Péan. — Guérison.

In. Th. BAUDRON

La nommée P..., Sophie, âgée de 32 ans, entre le 10 septembre 1891 à la maison municipale de santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Ordinairement bien réglée depuis l'âge de 16 ans. Pas d'enfant ni de fausse couche.

Il y a environ un an, elle a commencé à avoir des pertes blanches dans l'intervalle des règles, avec pesanteur dans le bas ventre. A subi des traitements médicaux multiples, sans résultat. Son état s'aggravant, elle s'adressa à un médecin qui la traita par l'électrolyse, mais sans aucun résultat. Les règles devinrent plus abondantes et douloureuses ; les pertes blanches augmentèrent, l'appétit et les forces diminuèrent. C'est alors qu'elle entra à la maison municipale de santé.

Examen. — Au palper le ventre est souple, légèrement douloureux à la pression sur la ligne médiane, mais non sur les côtés. On ne sent aucune tuméfaction.

Au toucher, l'utérus est en antéversion, un peu volumineux, mobile et un peu douloureux. Les culs-de-sac sont libres, souples et indolores.

Au spéculum, col plutôt petit, orifice également petit. L'hystéromètre ne pénètre pas à plus de 1 cm. Un stylet même ne peut franchir l'orifice interne, on ne met pas de tige de laminaire.

Curettage le 17 septembre, l'utérus étant abaissé, on commence la dilatation avec les bougies graduées. Puis on introduit la curette.

Le curettage est pratiqué complètement, y compris la cautérisation à la glycérine créosotée et c'est seulement en lavant la cavité utérine qu'on s'aperçoit que l'injection ne revient pas. Séance tenante, on pratique l'hystérectomie vaginale sans morcellement.

On place deux pinces à gauche, trois, dont une courbe, à droite, pansement ordinaire.

Durée de l'opération 11 minutes.

L'utérus enlevé présente, au niveau de son fond, juste dans le prolongement de l'axe du col, un orifice qui, dans l'intérieur de l'organe, correspond à une cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi, en sorte que la cavité péritonéale n'était séparée de la cavité utérine que par une couche extrêmement mince. Il résulte de l'examen de la pièce que la perforation n'a été produite, ni par la dilatation, ni par la curette, mais qu'elle existait avant l'intervention et qu'on doit l'attribuer au traitement électrolytique antérieur ; les ovaires sont scléro-kystiques.

Suites opératoires. — La malade un peu abattue alla bien pendant 48 heures.

Le 19 septembre, ablution des pinces à 11 heures 1/2 du matin.

A 1 heure 1/2, écoulement sanguin assez abondant par la vulve ; la malade se trouve mal à l'aise. A 6 heures, pâleur de la face, petitesse du pouls, sueurs froides, lypothymie.

L'écoulement sanguin est très abondant.

La malade est placée dans la position obstétricale et tamponnée à la gaze iodoformée. Champagne, glace à l'intérieur, glace sur le ventre, immobilité absolue : 2 injections d'éther, 2 d'ergotine, et, dans l'après-midi, 5 injections de sérum de chacune 10 grammes.

L'hémorrhagie paraît être arrêtée, le pouls reste petit et précipité. Douleurs assez violentes dans le ventre, surtout à droite, où l'on sent une tuméfaction considérable dans la fosse iliaque.

Peu à peu, dans les jours qui suivent, l'état de la malade s'améliore ; cependant, les douleurs persistent dans le côté droit et prennent une acuité très grande le jour. Par le toucher vaginal, on ouvre une collection de sang noirâtre : la malade est immédiatement soulagée, et depuis, son état va chaque jour en s'améliorant,

Elle sortit complètement guérie le 23 octobre 1891.

Revue en mars 1894. État général et local parfaits. — Guérison complète.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. POTHERAT, chirurgien des hôpitaux de Paris).

Perforation utérine par une tige de laminaire.

1892. Femme, 42 ans, ayant eu deux à trois enfants, le dernier il y a sept ans.

Vives douleurs au moment des règles, moins vives, mais persistantes dans l'intervalle. Elle les localise sur la ligne médiane dans le bas-ventre. Écoulement leucorrhéique abondant. Difficultés de travail.

A l'examen : antéflexion considérable, utérus peu mobile, pas de lésions appréciables des annexes, peut-être un peu de périmérite. Col entr'ouvert, exulcéré.

Hystérométrie *difficile* mais possible en abaissant très fortement le manche de l'hystéromètre L = 8 cent. 5.

M. Potherat conseille la dilatation à la laminaire, puis le curettage.

La dilatation à la laminaire est commencée par le médecin traitant à la mi-période des règles, le jeudi, le curettage devant avoir le dimanche matin ; les deux premières tiges sont introduites avec plus ou moins de difficultés mais sans inconvénients. A la quatrième *douleur* très violente, *arrachant des cris, issue de sang* en notable abondance, néanmoins la tige est introduite dans toute sa longueur et maintenue en place. Le lendemain, jour de l'opération, la malade déclare avoir beaucoup souffert pendant la nuit, elle est pâle et paraît très fatiguée.

Opération. — La malade chloroformisée, M. Potherat complète la dilatation avec des bougies de Hegaren caoutchouc vulcanisé, qu'il passe successivement jusqu'au numéro 15 inclus, en ayant soin, chaque fois, d'abaisser le pavillon de la bougie. A chaque cathétérisme il sent nettement le fond de l'utérus à 8 cent. 5 ou 9 cent.

L'hystéromètre introduit avant le curettage fournit les mêmes renseignements, mais quand on introduit la curette, M. Pothérat constate qu'elle pénètre facilement et droit devant elle sans rencontrer d'obstacles (très petite curette de Trélat). Il ramène la curette, et, en ayant cette fois notablement abaissé le manche, pénètre dans une direction différente jusqu'au fond de l'utérus.

L'hystéromètre est repris et, en procédant avec attention, on parvint à sentir la pointe de cet instrument sous la paroi abdominale, de telle sorte qu'il fut évident qu'il existait une perforation large à la face postérieure de l'utérus, au point d'union du corps et du col, au niveau du sommet de l'angle de flexion utérine.

Après un moment d'hésitation, le chirurgien pensa qu'il valait mieux nettoyer de suite l'utérus avec soin, que de laisser la cavité péritonéale en communication avec un foyer septique, quitte bien entendu à recourir à une intervention plus importante si quelque accident éclatait.

Le curettage effectué, on fit un lavage abondant avec une sonde de Segond et l'on put constater le retour parfait du liquide, ce qui confirma dans l'opinion que la perforation était très oblique de bas en haut, d'où constitution d'un bec pouvant faire valvule entre l'abdomen et la cavité utérine.

Les suites ne diffèrent en rien de celles d'un curettage ordinaire. Le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

OBSERVATION XVIII (Personnelle. Inédite)

Perforation de l'utérus au cours d'une myomotomie vaginale. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

B. C..., 28 ans, entre à l'hôpital de la Salpêtrière en mai 1897, dans le service de M. Segond.

Depuis six mois dans l'intervalle des règles, pertes sanguines qui l'ont décidé à entrer à l'hôpital.

Examen. — Utérus un peu gros, rétroversé avec périannexite adhésive, pas de grosses lésions annexielles. Entre les

lèvres du col, le doigt sent un polype fibreux assez dur de la grosseur d'une cerise.

Opération le 13 mai. Ether. Durée 30 minutes. Le cathéter permet de constater que le polype s'implante par une base très large sur la lèvre postérieure du col à environ 3 centimètres au-dessus de l'orifice utérin.

M. Segond attirant le polype avec une pince à traction en commence l'excision complète. A un moment donné, en poursuivant l'extirpation du tissu malade, il s'aperçoit qu'il a traversé la paroi postérieure de l'utérus. La perforation a environ 3 centimètres $1/2$ de largeur. En présence de ces dimensions et aussi considérant les lésions concomitantes, le chirurgien fait l'hystérectomie vaginale totale par son procédé ordinaire.

Suites bonnes.

Guérison parfaite.

OBSERVATION XIX

Avortement provoqué à l'aide d'une aiguille introduite dans la matrice. — Perforation de la matrice. — Guérison (FRORIEP).

Froriep raconte l'histoire d'une femme qui, s'étant introduit une aiguille dans la matrice afin de se faire avorter, ne put retirer cet instrument. Au bout de quelques semaines un abcès se forma dans la région de l'aîne et donna issue à ce corps étranger, dont la femme fut ainsi délivrée sans accidents sérieux.

OBSERVATION XX

Avortement provoqué par manœuvres directes. — Blessure de la matrice suivie de mort.

(D'après TARDIEU ; abrégée)

... L'utérus dont le volume répond à une grossesse de deux mois environ, présente, vers l'angle de la lèvre antérieure du

col, une piqure qui pénètre dans l'épaisseur du tissu de la matrice et vient s'ouvrir, après un trajet de 4 centimètres, à l'intérieur de l'organe. Il est très facile de suivre l'instrument vulnérant, dont le passage est marqué par un caillot de sang qui adhère à la partie du tissu utérin traversé...

OBSERVATION XXI

Avortement tenté par manœuvres directes. — Blessures de la matrice et de l'artère iliaque interne. — Hémorrhagie mortelle (RAYNARD).

Une femme âgée de 36 ans, enceinte de 6 mois, s'adressa à un charlatan qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter, et pratiqua une opération qui, au bout de douze heures était suivie de la mort de la malade,

L'autopsie permit de constater les faits suivant : cadavre exsangue, la cavité abdominale renferme une énorme quantité de sang en partie coagulé ; la paroi postérieure de l'utérus offrait une ouverture du diamètre d'une sonde ordinaire, qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque interne du côté droit, qui était elle-même perforée un peu au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie ; trois autres piqures existaient à travers l'utérus... Malgré leur multiplicité aucune de ces ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes, ainsi que le fœtus.

OBSERVATION XXII

Extraction par l'ombilic d'une sonde de femme introduite par les voies génitales. — Observation de MM. PÉTREQUIN et FOLTZ de Lyon.

[*Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 décembre 1869].

La nommée X..., mère de plusieurs enfants, me fit appeler, dit M. Foltz, pour lui donner des soins et me raconta qu'étant enceinte de 6 semaines à 2 mois, elle avait voulu se blesser ;

qu'à cet effet, elle s'était introduit dans la matrice une sonde de femme, et que l'ayant poussée trop loin, elle n'avait pu la ressaisir et avait été obligée de l'abandonner. Une perte et tous les symptômes de l'avortement s'en étaient suivis ; mais bien que la malade eut examiné avec soin les matières expulsées, elle ne retrouva pas le corps étranger. Plus tard, elle avoua que l'introduction de la sonde était l'œuvre d'une sage-femme. Cette introduction datait de six jours, j'explorai avec le doigt, le spéculum, une sonde de femme et la sonde de Simpson, toutes les cavités vaginale, utérine, rectale, vésicale, ainsi que les parois abdominales, sans rien découvrir. Je conseillai l'expectation et recommandai de m'avertir au moindre malaise.

Au bout de quatre mois, la malade revint se plaignant d'une tumeur à l'ombilic : celle-ci est un peu saillante, mais dure, arrondie et se réduit à la moindre pression. Un doigt introduit dans le vagin, un autre appliqué sur la tumeur, je reconnais la sonde et lui communique des mouvements de va-et-vient. L'instrument représente assez bien par sa direction l'axe du détroit supérieur du bassin.

J'appelle en consultation M. Pétrequin : nous reconnaissons la présence du corps étranger, mais celui-ci est très mobile, il est difficile de préciser le siège de son bout inférieur, et, quand la femme est couchée, le corps étranger disparaît comme par enchantement, sans qu'on puisse le retrouver.

Il fut décidé : 1° qu'on dilaterait préalablement la cavité utérine avec l'éponge préparée ; 2° qu'on irait à la recherche du corps étranger par les voies génitales ; 3° que s'il était impossible de l'atteindre par ce côté, on pratiquerait une boutonnière à la paroi abdominale, sur le sommet de l'instrument.

La matrice dilatée pendant plusieurs jours, je reconnus que le bout inférieur de la sonde était logé dans la paroi antérieure de l'utérus ou plutôt entre l'utérus et la vessie dans la cloison utéro-vésicale, au niveau du col utérin, dont la lèvre antérieure était notablement épaissie, je reconnus en outre qu'on ne pouvait saisir le corps étranger que quand la femme était debout et même qu'après qu'elle avait marché au moins une heure. Dans toute autre circonstance, il échappait aux investigations.

M. Pétrequin et moi nous procédâmes à l'opération de la manière suivante : La malade étant placé debout contre un meuble et soutenue par deux aides, je fixai par deux doigts l'extrémité supérieure de la sonde, saillante à l'ombilic, tandis que M. Pétrequin, introduisant l'index gauche dans l'utérus fendit toute la lèvre antérieure du col. Malgré une recherche approfondie, nous ne pûmes arriver jusqu'au corps étranger.

Le lendemain, nous reprîmes l'opération, mais nous dûmes renoncer à l'espoir d'extraire le corps étranger par les voies génitales. Il fallut se décider à l'extraction par la paroi abdominale. Avec deux doigts introduits dans le col, je soulevai le corps étranger et je fis saillir son extrémité supérieure à l'ombilic où je le retins entre le pouce et l'index de l'autre main. M. Pétrequin fit alors sur la tumeur, près du bord droit de l'anneau ombilical, une petite incision en prenant la peau et l'aponévrose. Poussant aussitôt l'instrument de bas en haut, je fis sortir de vive force, son extrémité par la boutonnière pratiquée. M. Pétrequin saisit la sonde et la tira en lui communiquant un mouvement de torsion pour la dégager ; car en la soulevant, on eut entraîné l'utérus et la vessie.

Fièvre les 2 ou 3 premiers jours, guérison au 8^e jour.

- Conclusion. — L'instrument avait selon toute probabilité perforé obliquement la paroi antérieure du col ; puis il avait glissé entre l'utérus et la vessie, avait percé le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et s'était élevé entre les anses intestinales jusqu'à l'ombilic. Après l'évacuation du produit de la conception et le retrait de l'utérus sur lui-même, le corps étranger avait continué à cheminer ; son bout inférieur avait franchi la paroi utérine et était venu se loger dans la cloison vésico-utérine.

L'hypothèse du passage de la sonde par le cul-de-sac antérieur du vagin est écartée par le fait qu'il n'y avait aucune trace de lésion sur ce point.

L'hypothèse du passage de la sonde par l'urèthre et la vessie, est réfutée par les faits. La sonde dans la vessie n'aurait pas produit l'avortement ; le cathétérisme vésical n'avait rien découvert ; à aucune époque, il n'y avait eu ni douleur, ni troubles dans les voies urinaires

OBSERVATION XXIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux de Paris).

Fausse supposition de perforation utérine par le forceps.

J'ai été appelé, en décembre 1897, par deux confrères de Paris pour opérer une femme atteinte de déchirure utérine. Cette déchirure s'était produite au cours d'une application de forceps au détroit supérieur (4^e accouchement) ; et le médecin basait son diagnostic sur la sensation de dérapement qu'il avait éprouvée un moment de la traction sur les branches du forceps, et sur la vue d'une anse intestinale qui se serait engagée à travers cette déchirure. J'accourus auprès de cette accouchée. En entrant dans sa chambre, je fus de suite frappé par l'absence d'altération de ses traits : je constatai de plus qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie et que le pouls était calme et régulier. — Je me fis répéter les circonstances sur lesquelles je viens d'insister, et, comme il n'était pas possible d'intervenir dans le milieu où je me trouvais, je fis transporter cette malade chez les dames de la rue Oudinot.

Le même soir, j'avais tout disposé pour l'opération, la malade était endormie, la toilette abdominale déjà faite, lorsque, avant toute intervention, je décidai de me rendre compte, par un toucher manuel de l'état de l'utérus. — Avec les précautions d'usage, la main fut introduite dans le vagin, dans le col puis dans la cavité utérine, je cherchai un point de déchirure, mes doigts restaient toujours en contact avec la cavité utérine ; cette recherche était rendue fort délicate par l'état de flaccidité et l'inertie absolue du muscle utérin anesthésié ; mais, dans les intervalles de réveil de l'éthérisée, le globe utérin se reformait, se contractait et venait, pour ainsi dire, enserrer la main exploratrice, qui pouvait ainsi juger de l'intégrité du muscle utérin.

Pendant cette recherche, au niveau du segment inférieur de l'utérus, je sentis comme un membrane molle, flottante, que

je pus saisir, bien que glissante, avec les doigts et amener au dehors. Je demandai alors au médecin si ce que j'avais entre les doigts répondait à ce qu'il avait vu : « C'est cela, me répondit-il », et *cela* n'était autre qu'une des lèvres du col utérin énormément hypertrophiée.

L'aspect gris blanchâtre, la partie du col, arrondie à la façon d'une anse intestinale, la façon dont elle flottait dans la cavité vaginale, expliquaient jusqu'à un certain point la méprise.

L'absence d'état général grave, la non existence d'hémorrhagies, trouvaient leur explication et une fois de plus j'acquis cette conviction que le chirurgien ne doit rien accepter de l'entourage de la malade qu'il n'ait lui même vérifié.

OBSERVATION XXIV

Utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation, au cours d'un curettage. — R. BLONDEL, *Journal de Médecine de Paris*. 29 mai 1898.

L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas où l'anomalie anatomique était difficile à prévoir, en même temps qu'elle m'entraînait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon à l'avenir de se mettre en garde.

M^{me} X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu de grossesse, ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrhée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime, puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète

aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes purulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

A l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empâtement peu marqué du cul-de-sac latéral droit. L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie : l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette exploratrice, introduite à son tour, ramène des raclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 15 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des laminaires préalables n'étant pas possible, puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment où, fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument, poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fit passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 46°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent ; mais cinq mois après, les pertes vaginales reparaissaient, et en novembre

les règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas où une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir, pour buter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi, et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 cent. de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante.

Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité; j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusement ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine, montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert si l'on n'avait été prévenu.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie.

CONCLUSIONS

I. — Toutes les affections de l'utérus : versions, flexions, métrites, cancer, tuberculose, fibromes, atrophies, peuvent rendre friable le tissu de la matrice et prédisposer aux perforations. Les métrites post-partum et post-abortion sont particulièrement remarquables à ce sujet. Des états physiologiques tels que la menstruation et la grossesse peuvent aussi être rangés dans la catégorie des causes prédisposantes.

II. — Non seulement des opérations gynécologiques importantes, telles que l'énucléation de tumeurs fibreuses, l'extirpation de polypes utérins, la réduction d'une inversion utérine, les diverses interventions obstétricales, la provocation de l'accouchement prématuré, peuvent être l'occasion de perforations utérines, mais aussi des interventions en apparence bénignes, telles que le cathétérisme et le curettage exposent à ces accidents. Les perforations utérines sont un chapitre important de l'étude de l'avortement criminel.

III. — Tantôt l'existence de la perforation est évidente, tantôt le chirurgien n'est conduit à la soupçonner que par l'apparition de complications graves.

IV. — Il est intéressant de noter l'innocuité presque constante des perforations faites par l'hystéromètre et par la curette.

V. — Les chirurgiens frappés de ce fait ont cherché à l'expliquer en montrant que parfois, malgré la pénétration profonde de l'instrument, la perforation n'avait pas eu lieu (utérus bipartitus, unicorne, trajets pré-existants, fistules métro-péritonéales, cathétérisme des trompes, dépressibilité excessive de la paroi utérine). La vérité est que les perforations sont fréquentes.

VI. — Dans un accouchement dystocique avec intervention armée, l'utérus peut avoir été perforé sans que pour cela on doive forcément incriminer l'opérateur et ses instruments.

L'étude des perforations utérines prête à des considérations de diagnostic intéressantes au point de vue médico-légal.

VII. — De la fréquence des perforations utérines dans la pratique de gynécologues distingués, nous concluons à la nécessité d'une technique prudente dans des opérations aussi simples que le cathétérisme et le curettage. Dans le traitement des myomes, l'étude de l'inversion due à ces tumeurs doit être soigneusement faite.

VIII. — Dans la plupart des cas de perforations étroites, telles que celles produites, en général, par l'hystéromètre et par la curette, l'expectation s'impose. Si l'opérateur a la main forcée par la gravité des lé-

sions, de l'hémorrhagie ou par l'apparition de symptômes menaçants à la suite de la temporisation, il devra, à notre avis, avoir recours à l'hystérectomie vaginale plutôt qu'à la laparotomie avec hystérectomie ou suture de la plaie.

Vu :

Le président de la thèse,

F. GUYON.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aran.** — Leç. clin. sur les maladies de l'utérus. Paris, 1858-1859).
- Arrou.** — *Gaz. des hôp.* — 23 octobre 1891.
- Barnes R.** — Maladies des femmes. p. 127.
- Biedert.** — Cathét. des trompes de Fallope, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1877, n^{es} 41 et 42.
- Bischoff.** — Introduction de la sonde dans une trompe. (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*. 1871. n^o 19).
- Charpentier.** — Traité des accouch. T. II: p. 318 et suiv.
- Cooper.** — *Gaz. méd.* 1870. p. 116.
- Courty.** — Maladies de l'utérus. p. 723.
- Delteil.** — Th. Paris, 1890.
- Demarquay.** — Maladies de l'utérus. p. 42.
- Depaul.** — *Bullet. soc. anatom.* 2^e série. 2^e V. p. 319. 1860.
- Duncan M.** — *British méd. Journ.* 12/3, 1881
- Duparcque.** — Hist. complète des ruptures et déchirures de l'utérus, etc. Malad. de la matrice. T. II, Paris, 1859.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chir. T. VIII, p. 337 et suivantes.
- Dupuy.** — Th. Paris. 1874.
- *Prog. méd.* septembre 1873.
- Emmet.** — Mal. des femmes. p. 587.
- Froriep.** — Notizen a. d. Gebiete d. Natur und Heilkunde. Weimar. T. VI, n^o 18.
- Gallard.** — Leç. clin. sur mal. d. femmes, p. 312.

- Gebhard. — *Zeitsch für geb. und gyn.*, T. XXI, p. 2.
- Guzzo. — *Arch. gén. de médec.*, 1848, p. 104.
- Halliday Croom. — *Obst. journ. of great Britain and Ireland*, 1878, n° 62, p. 62.
- Hegar et Kaltenbach. — *Gynécol. opératoire*. Trad. Bar. (p. 67, 94, 408, 422).
- Hildebrandt. — *Monatschr. f. Geb.* XXXI, p. 447.
- Hofmann. — *Philadelphia obst. Society*, 3 avril 1890.
- Hœning. — *Berlin, Klin. W.* 1870, n° 16.
- Huguier. — *De l'hystérométrie*, Paris, 1865.
- Jolly. — *Th. Paris*, 1870.
- Labadie-Lagrave et Legueu. — *Trait. de Gyn.*, p. 271, 873.
- Lawson-Tait. — *Lancet*, 1871 19 oct. : 18 mai — 1875. N° 2, p. 44.
- Lehmann. — *Nederland. Tydsch. v. Geneesk.* 1870, p. 201.
- Liebmann Carl. — *Perforat. de la paroi utérine avec la sonde*. Berlin, 1879.
- Martin. — *Malad. des femmes*.
- Noggerath. — *American journ. of obst.*, IV, p. 329.
- Pozzi. — *Traité de gynécologie*.
- Pétréquin et Foltz. — *Bull. acad. méd.*, 34, p. 1253.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'obst.* 1^{re} éd. p. 1018.
- Raynard. — *Amer. Journ. of the méd. scienc.*, 1853, p. 77.
- Rabe-Rückhard et Lehmus. — *Beitrag zur Geburtsh Berlin*. T. II, p. 12.
- Saenger. — *Central f. gyn.*, 1891, p. 478.
- Scanzoni. — *Beitrag zur Geburt. und gyn.* 1854, p. 183.
- *Traité pratique des malad. des organes sexuels*.
- Schroeder C. — *Mal. des org. génit. des femmes*, p. 19.
- De Sinéty. — *Gynécologie*.
- Spiegelberg. — *Arch. f. gynéc.* T. VI.

Tardieu. — Avortement, p. 67 et suiv. (Edit. 1874).

Thornton K. — Transact. of the patholog. soc. 1875, XXVI, p. 151.

Tillaux. — *Annales de gynéc.* T. II, p. 461.

Tuttle. — Soc. gyn. de New-York. Gent. f. gyn. 1891, p. 841.

Tyler Smith. — Caust Jahresser. 1849, IV, p. 243.

Valenta. — Ganzer Natur, 1875. *Tagblatt*, p. 116.

Varnier. — *Gaz. Hebdomadaire*, 1897. Aff. Laporte.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS

- AUSSET** (Dr), professeur agrégé. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur, 1896-97. 1 volume in-8, 1898..... 5 fr. »
- BERDAL** (Dr), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col..... 10 fr. »
- BERNHEIM**. **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897..... 4 fr. »
- BERNHEIM**. **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896..... 4 fr. »
- CHATELAIN**. **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduite, d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile..... 25 fr. »
- COURTADE**. **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895..... 4 fr. »
- JAKOB**. **Atlas du système nerveux**, suivi d'un précis d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique des maladies nerveuses. Ouvrage comprenant 98 pl. color. et fig. dans le texte. Traduit par les D^{rs} REMOND, professeur à la Faculté de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. In-12, cartonné, 1897..... 12 fr. »
- KRAFFT-EBING**. **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la cinquième édition allemande, par le Dr EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897..... 20 fr. »
- LEVILLAIN**. **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895..... 4 fr. »
- MALBEC**. **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édit., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897..... 4 fr. »
- MAURANS** (Dr de). **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du Dr de MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr.
- NOGUÉ**. **Précis de posologie infantile**, in-8, rel. s., 1895.. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité d'Électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le Dr E. VALUDE. Un vol. in-18 avec fig. 1895.... 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité de l'œil artificiel**. Un vol. in-18 cart. avec fig., 1895..... 4 fr. »
- STAPPER**. **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouvrage contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897..... 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1886, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur..... 20 fr. »
- VARIOT**. **La diphtérie et la sérumthérapie**. Etudes cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col.... 12 fr. »
- VAUCAIRE**. **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (Formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel..... 4 fr. »
- VIGNES**. **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophtalmologie. Un vol. in-8 avec 213 fig. dans le texte, 1896.. 8 fr. »